

DISCURSOS

LEÍDOS EN LA

Real Academia de Medicina de Valladolid

EN LA

RECEPCIÓN PÚBLICA

DEL

DR. DON RODRIGO ESTEBAN CEBRIÁN

EL DÍA 17 DE FEBRERO DE 1929



VALLADOLID

Talleres Tipográficos «CUESTA» Macías Picavea, 38-40

1929

177
F
C11.63
D. Gerónimo Fariñas
Francisco Zarandona 14

300

SL
1977

DISCURSOS

LEÍDOS EN LA

Real Academia de Medicina de Valladolid

EN LA

RECEPCIÓN PÚBLICA

DEL

DR. DON RODRIGO ESTEBAN CEBRIÁN

EL DÍA 17 DE FEBRERO DE 1929

R. 29641



VALLADOLID

Talleres Tipográficos «CUESTA» Macías Picavea, 38-40

1929

SEÑORES ACADÉMICOS:

Por fin, después de vuestras reiteradas demandas, me tenéis en este sitio gracias solamente a vuestra bondad sin límites y benevolencia extremada, y esto me releva de hacer la ritual demanda de cualidades que en tan rico caudal poseéis y que tan pródigamente habéis dilapidado en mi obsequio.

No interpretéis mi tardanza en llegar, a desvío o indiferencia por estos centros culturales; los que me conocéis lo suficiente no ignoráis, cómo siempre el temor y la confusión de estas alturas constitufan para mí un obstáculo que consideraba invencible e insuperable, y ante el temor de no encontrarme merecedor de vuestra distinción, no solicitada, y sin méritos para sentarme entre vosotros, me acobardaba el momento ante vuestra llamada y el temor de no salir airoso en mi cometido.

Estoy altamente satisfecho de mí mismo por haber vencido los escrúpulos que durante más de diez años atormentaban mi espíritu, máxime con la seguridad de vuestro recibimiento. Muy agradecido estoy, mi reconocimiento en lo más íntimo de mi alma queda archivado, y en tanta cantidad como de paciencia derrochásteis vosotros en esperarme con fraternal complacencia.

Contad, pues, con mi concurso dentro de la más modesta esfera, pero con absoluta libertad para vuestras tareas, en la firme seguridad de que ello lo estimaré como uno de los mayores honores de mi vida.

Tengo prisa por recorrer el camino, y por ello, aunque sea prescindiendo de los más elementales preceptos de la retórica,

acorto el obligado preámbulo para exponeros algo de mi vida profesional, realidades vivientes, facetas patológicas arrancadas del continuo batallar con los enfermos, rico venero e inagotable fuente de enseñanzas y deducciones, y por esto la razón de elegir este tema: «Estudio de las fundamentales indicaciones en el prostatismo», en la seguridad de contar en este terreno con vuestra beligerancia.

Me decidió a la elección de este tema los numerosos enfermos que acudían diariamente a solicitar mis prescripciones, no por lo que de acertadas tuvieran, sino solamente por lo numeroso de la clínica de esta enfermedad; además nacía en la vida profesional en una fase de verdadera renovación terapéutica y claro es que por ello fácilmente comprenderéis pusiera de mi parte algo de entusiasmo e interés en estos asuntos, hasta tal punto y a pesar de no ser muchos los años de mi activo profesional, llegar a reunir una estadística de más de seiscientos enfermos, con sesenta y ocho operados de esta enfermedad; y esto no es que me dé autoridad, que sería una pueril vanidad así entenderlo, sino que, me autoriza a examinar el problema con independencia de criterio y con juicio personal contrastado en la labor clínica diaria.

La frecuencia del prostatismo es, por una parte, una de las muchas razones que justifican el estudio de las indicaciones del mismo, porque ahondar en el conocimiento de este síndrome complejo e inquirir la edad en la cual se manifiesta clínicamente esta afección, no es aquella en la que aparecen las primeras manifestaciones del lado urinario, no es, como se creía antes un atributo de la senilidad, sino que por el contrario a medida que se ha ido definiendo con límites precisos este proceso clínico, se ha comprobado que aun el límite de cincuenta y dos años que se señalaba como el más precoz para la aparición de la enfermedad, queda fuera de la realidad después de las comprobaciones anatomopatológicas. En efecto, Motz y Perearnau buscando la existencia de núcleos adenomiomatosos sobre una serie de próstatas de individuos de todas las edades, dan los resultados siguientes:

Entre 27 y 40 años, 9 próstatas examinadas, 0 hipertrofias.
Entre 45 y 50 años, 15 próstatas examinadas, 3 hipertrofias.
Entre 51 y 60 años, 15 próstatas examinadas, 4 hipertrofias.
Entre 71 y 90 años, 23 próstatas examinadas, 19 hipertrofias.

De otro lado Socin y Burckhardt, sobre trescientas autopsias han encontrado la hipertrofia de la próstata en las proporciones que siguen;

13 por 100 entre 36 y 40 años.

25 por 100 entre 40 y 50 id.

31 por 100 entre 50 y 60 id.

36 por 100 entre 60 y 70 id.

50 por 100 entre 70 y 80 id.

54 por 100 entre 80 y 90 id.

Resulta de estas estadísticas que las lesiones anatómicas de la hipertrofia comienzan en una edad mucho más joven que la que se indica generalmente, y la que corresponde a la aparición de los trastornos que ellas determinan; deduciéndose igualmente que la hipertrofia prostática es más frecuente de lo que decía Thompson, ya que en estas estadísticas la proporción de sujetos atacados entre 60 y 90 años es de 50 por 100, contra 34 por 100 que señalaba este autor como cifra máxima. Se puede sacar la conclusión, por lo tanto, que a partir de los 60 años uno de cada dos individuos presentan modificaciones, que caracterizan anatómicamente la hipertrofia de la próstata, sin que la mitad de los mismos experimenten el menor trastorno.

Por otra parte la evolución de esta enfermedad nos inclinó el ánimo al ocuparnos de este asunto; la evolución anatómica de la hipertrofia de la próstata, es fatalmente progresiva, y el adenoma peri-uretral, una vez constituido, aumenta sin cesar con una rapidez dependiente de la estructura; las formas blandas, la predominancia de elementos glandulares, crecen

más rápidamente que las otras, y todas ellas, influenciadas por los ataques congestivos repetidos y por ciertas influencias que hasta la fecha no nos son bien conocidas.

Los trastornos que determinan la afección van progresando igualmente con más o menos rapidez, según la forma anatómica que revista la hipertrofia, según la calidad de la musculatura vesical, y por último, según las condiciones de higiene y cuidados de que se rodeen estos enfermos; en general la evolución clínica es lenta, contándose por años, en los dos o tres primeros años el enfermo experimenta solamente trastornos de poliakiuria ligeramente disúrica algunas veces, pero sin retención, progresivamente se instala el residuo y el enfermo puede permanecer en un estado de retención incompleta sin distensión durante varios años, para terminar por hacerse un retencionista con distensión o llegar a la retención total.

Es corriente que en el curso de esta evolución lenta y progresiva, se presenten agravaciones pasajeras, caracterizadas: unas veces por gran dificultad a la micción que puede llegar a la retención total y otras, por aumento de volumen de la próstata bajo la influencia de fenómenos congestivos, al estado residual o al aumento del remanente que quedara ya en la vejiga; estos períodos, aunque pasajeros, se traducen siempre, sin embargo, por un aumento del estado patológico anterior, terminando por influenciar el estado general del enfermo. No se puede negar que algunas veces, las menos, se estabiliza el estado del enfermo durante un largo período y que el comienzo de un prostatismo no quiere decir que sea obligatorio y fatal el llegar al límite de la trayectoria.

Al lado de esta evolución, lenta y progresiva, no es raro observar una marcha totalmente diferente; enfermos hay que en algunos meses recorren todas las etapas del prostatismo, no siendo raro observar algunos que en medio año, y menos

aun, pasaron de los fenómenos premonitorios caracterizados por la poliakiuria nocturna, a la retención incompleta o a la retención total.

Por último, hay enfermos en los que con síntomas poco aparentes del lado vesical el estado general se resiente, la debilidad se acentúa gradualmente llegando por último a la caquexia que poco a poco les conduce a la muerte.

Por estos datos se comprenderá que el pronóstico del prostatismo es siempre muy serio; en el primer período se trata solamente de una enfermedad engorrosa por los cuidados y precauciones higiénicas que exige a estos individuos en pleno vigor; más tarde el pronóstico se agrava por el empleo de la sonda que constantemente puede ser el primer paso a la infección; por último la fase terminal es de una gravedad verdaderamente extremada, ya que la vejiga siempre y los riñones generalmente, son atacados de lesiones que hacen que dichos órganos no puedan resistir la menor afección intercurrente o la más pequeña infección espontánea o provocada.

* * *

¿Qué es el prostatismo? Un síndrome complejo, multiforme que comenzando en la poliakiuria nocturna, pasando por la fase de residuo, llega a la retención total con trastornos generales diversos y caracterizado anatómicamente: por el desenvolvimiento en la vecindad del cuello vesical y de la porción terminal de la uretra de masas neoplásicas, de naturaleza esencialmente benigna, de constitución diferente según los casos, pero siempre de origen glandular, cuyo punto de partida debe ser buscado en las glándulas que existen a este nivel: próstata, glándulas peri-uretrales. Como consecuencia del desenvolvimiento de estas masas neoplásicas resultan

deformaciones de la uretra posterior y un obstáculo a la evacuación libre de la orina, el que deja ejercer su influencia sobre las vías urinarias superiores.

Encuadrado así el prostatismo de causa anatómica señalada, nos lleva de la mano a poner en duda, ya que no a negarlo en absoluto, el prostatismo llamado vesical. A partir de Civiale, que con un sentido clínico admirable definía la estancación de orina como resultado de una atonía vesical, quedó consagrada esta variedad de prostatismo, afirmación que no fué destruída a pesar de las aseveraciones de Mercier, para quien el obstáculo prostático explicaba todo lo que el anterior autor achacaba a la atonía vesical; Guyon, con su gran autoridad dentro del terreno de la Urología, admite como definitivo: que al lado de las retenciones completas o incompletas provocadas por el aumento de volumen de la próstata, existen retenciones sin obstáculo cuya causa aparente es la insuficiencia vesical. Durante cierto tiempo se invoca con Launois a la arterio-esclerosis como causa eficiente de estos trastornos, mas los estudios histológicos posteriores pusieron bien pronto en evidencia que esta arterio-esclerosis no era constante (Ciechanowski, Halle y Motz), sin negar existan en la vejiga de los viejos lesiones que conducen a una modificación cuantitativa de la fibra muscular y del tejido conjuntivo, pero sin llegar a las conclusiones del primero de los citados autores, como han demostrado Motz y Arrese, comprobando en repetidos estudios histológicos que la cantidad de fibras musculares de estos prostáticos sin próstata, no está disminuída y que la atonía vesical de estos enfermos es ocasionada por el mal estado general de sus tejidos musculares.

Desnos, en el Congreso de Urología de 1907; Rochet, en su «Tratado de Disuria senil»; Albarrán y Nogués, en su informe sobre las retenciones de orina sin obstáculo mecánico,

llegan a la conclusión, influenciados sin duda por el espíritu y la afirmación de Guyon, de la existencia de este prostatismo vesical, a reserva de ser dilucidado por los estudios manométricos. Mas, sin embargo, este cuadro sindrómico que tanto fundamento al principio y con tanto tesón después fuera defendido por tan distintos y renombrados autores, ha ido perdiendo terreno al paso y a medida que la prostatectomía iba haciendo adquisiciones en el terreno de la anatomía quirúrgica, para poder afirmar hoy que esta clase de prostatismo vesical puede dividirse en dos grupos: uno, compuesto por enfermos en los cuales no se encuentra nada del lado de la próstata, es el grupo de los falsos urinarios y cuyos trastornos urinarios dependen de una lesión del sistema nervioso, que no se ha manifestado todavía más que por la linfocitosis del líquido céfalo-raquídeo; otro gran grupo de prostáticos, sin próstata al parecer, pero que son enfermos con hipertrofia muy pequeña, no apreciable por los medios habituales de exploración, o que es, además de pequeña, esencialmente uretral, y que por su asiento escapa a las investigaciones más minuciosas, y tanto es así que a medida que las extirpaciones tumorales (hipertrofia prostática) se han repetido, ha quedado demostrado hasta la saciedad que no hay relación ninguna entre el volumen y tamaño de esas masas neoplásicas y los trastornos que ocasionan, ya que se ha comprobado cómo próstatas grandes, de más de cien gramos de peso, permiten una micción relativamente fácil, al paso que próstatas pequeñísimas, del tamaño de un guisante y menos, determinan la retención incompleta con distensión vesical o la retención total. Esta última variedad de enfermos trae a mi memoria un prostático en retención incompleta con gran distensión e infección vesical de 54 años de edad, en el que no se descubría al tacto rectal y exploraciones intra-uretrales de todas clases ninguna variación anatómica y que

permitió en la operación extirpar siete pequeños adenomas del tamaño de cañamones, lo que fué suficiente para que la micción se restableciera, desapareciera la retención y el enfermo curara totalmente, continuando así desde hace cinco años de fecha.

Esta es únicamente la razón de que siga admitiéndose la existencia de este prostatismo vesical; la dificultad en algunos casos, la imposibilidad en otros de comprobar estas masas neoplásicas en los alrededores del cuello vesical.

Decíamos anteriormente que el prostatismo reconocía una causa anatómica «masas neoplásicas de naturaleza esencialmente benigna, envueltas alrededor del cuello vesical, cuyo punto de partida es siempre glandular», y se hace necesario esta repetición para poner en claro, dando su verdadero valor, a lo que es la hipertrofia prostática considerada desde Hipócrates como causa eficiente de todos estos trastornos, y es necesaria esta repetición también, porque este término de hipertrofia prostática que ha hecho fortuna quedando como nombre apropiado para definir el síndrome de que nos venimos ocupando y empleada la primera vez por Mercier, no corresponde a la realidad de los hechos. No se trata, en efecto, de una hipertrofia en el sentido propio de la palabra: la hipertrofia de un órgano consiste en el aumento de volumen del mismo conservando su estructura normal, mientras que en este caso particular existe es cierto, un aumento de volumen, pero producido por masas neoplásicas sobreañadidas y de estructura histológica diferente; por otra parte está demostrado hoy día, sin que pueda haber la más leve sombra de duda, que el punto de partida de la lesión no puede ser fijado en la próstata misma al menos en la mayoría de los casos, sino a esos acinis glandulares (próstatas aberrantes), glándulas uretrales o yuxta-uretrales que son el punto de partida y el asiento de las neoplasias; además, es una adquisición debida a los progresos

de la Cirugía y admitida por todos los familiarizados con la operación de la prostatectomía, que la próstata no sólo no está aumentada sino que al contrario rechazada y comprimida por la masa adenomatosa forma a ésta como una verdadera cápsula de sostén y se comprueba después en estos enfermos prostatectomizados, cómo la próstata toma su volumen y forma normal una vez que desaparecieron las compresiones y el rechazamiento ejercido por la tumoración.

Por otra parte los estudios de Papin y Verliac basados en el examen de doscientas piezas embriológicas, operatorias y necrópsicas, confirmado por las investigaciones de Cuneo y Albarrán al descubrir las glándulas sub-mucosas yuxta-cervicales, a las que podríamos añadir los estudios de Tandler, Zuc Markandl, Marquis, Lendorf, Loumeau y tantos otros para no hacer esta lista interminable, han venido a demostrar la falta de razón en las concepciones patogénicas de la hipertrofia de la próstata que empezando por Amussat, Mercier, Civiale, Velpeau en la primera etapa, siguiendo por Harisson, continuando por Launois y Guyon teoría de la escuela de Necker, y terminando por Ciechanowski, Rotschild, Savagnone y tantos otros que incriminaban alteraciones vasculares o inflamatorias como determinantes de esa hipertrofia.

En resumen, la hipertrofia prostática, según la ha definido Albarrán, es: una neoplasia de origen glandular que se presenta bajo formas anatómicas variadas y como más frecuente el adenoma, el adeno-fibroma y el fibroma glandular.

Explicado ya el valor y significado que hemos de conceder a la llamada hipertrofia prostática, innecesario será hacer constar que cuando empleemos esta palabra es dándola el valor y significado que acabamos de mencionar, y que ella traduce por las manifestaciones a que da lugar, la otra de prostatismo que empleamos al encabezar esta Memoria.

Sin pretender hacer una excursión histórica documental

que nos llevaría demasiado lejos, desviándonos por otra parte del objeto de nuestro trabajo, si queremos señalar que ya Hipócrates describía enfermedades de las vías urinarias muy frecuentes en los viejos sin que parase, claro es, a investigar las causas en aquellos tiempos en que los estudios de la Anatomía patológica estaban vedados; Celso y Galeno, nada nuevo añadieron a lo manifestado por el padre de la Medicina. Hace falta llegar a Riolan, anatómico francés, para tener nociones anatómicas del obstáculo que obstruye el cuello de la vejiga por tumor de las glándulas prostáticas; Santorini y Morgagni, confirman el descubrimiento de Riolan de la manera más precisa; Chopart y Desault, confunden todavía las masas prostáticas con las excrescencias fungosas que se forman indistintamente sobre todos los puntos de la vejiga; Baillie, igualmente interpreta la próstata como un escirro bajo cuyo nombre la describe.

Hunter, a fines del siglo XVIII, y J. L. Petit, estudiando las retenciones de orina señalan como una de sus causas la hinchazón de la próstata; Everard Home, en 1806, Amussat, en las lecciones consagradas a las retenciones de orina, Mercier y Civiale, en sus tratados respectivos sobre enfermedades de las vías urinarias, y por último el venerado maestro Guyon, creador y fundador de la escuela urológica francesa, llenan todo el siglo XIX; los discípulos de este último, a la cabeza de los cuales se encuentran Albarrán y Legueu, después Dittel, Alexander, Goodfellow, Proust y Gosset, Young, Belfield, Dac Gill Fuller y por último Freyer, son los promotores y renovadores de la terapéutica del prostatismo (hipertrofia prostática) en lo que va de siglo.

* * *

Al definir el prostatismo clínicamente, decíamos que se caracterizaba por un síndrome complejo que comenzando en



la poliakiuria nocturna llegaba hasta la retención total, con una gama informe de trastornos diversos que dejan influenciar su acción en todos los órganos de la economía; nada fácil es, por tanto, trazar un cuadro conciso y completo en el que podamos albergar toda esta serie de trastornos tan variados y tan diversos; sin embargo, para el hecho de la exposición y dar una idea lo más exacta posible de las realidades clínicas, hemos de seguir con alguna variación el cuadro trazado por el venerado profesor Guyon, admitiendo cuatro períodos en la evolución del prostatismo:

Primer período: De los trastornos premonitorios, en el que las alteraciones funcionales son provocadas por un estado congestivo de la próstata y aun de las vías urinarias superiores; la vejiga todavía suficiente a su función, y el obstáculo no siendo muy grande, vacía completamente la orina.

Segundo período: De retención incompleta sin distensión, llamado también de residuo y caracterizado por la evacuación incompleta de la vejiga.

Tercer período: De retención incompleta con distensión, en el que la vejiga no solamente no es capaz de vaciarse completamente, sino que dejándose forzar termina por distenderse y dilatarse siendo el residuo mayor de lo que admite la capacidad fisiológica del órgano.

Cuarto período: De retención completa, en el que la vejiga, a pesar de sus esfuerzos, no puede expulsar una gota de orina.

PRIMER PERÍODO: DE TRASTORNOS PREMONITORIOS.—El primer síntoma que revela la hipertrofia de la próstata es la frecuencia nocturna de la micción, al mismo tiempo y bastante rápidamente se encuentra dificultada: el enfermo está obligado a empujar para satisfacer sus deseos de orinar, y en un período más avanzado estos esfuerzos son tan considerables,

que le obligan a aceptar posiciones variadas, en las que la micción se hace más difícil; al poco tiempo ésta se retarda, y el enfermo prontamente se apercibe que está obligado a esperar un momento, desde que inicia la micción hasta que la orina sale al exterior; por último, hay una disminución en la fuerza del chorro urinario (pérdida del arco urinario), y en lugar de ser proyectada la orina con energía, disminuye progresivamente la impulsión, terminando por caer casi verticalmente a poca distancia del meato. Todos estos trastornos tienen su comienzo y aparición en las últimas horas de la noche, y a poco de abandonar el enfermo la cama, se atenúan notablemente, para continuar así durante todo el día; mas solamente, y por el hecho de permanecer el enfermo sentado largo tiempo (viaje prolongado, bufete, etc.), o de retardar sus deseos para orinar, que se exponga a un enfriamiento, o que haga una comida abundante, son causas todas suficientes para obrar como los decúbitos, provocando congestiones pelvianas, y que los síntomas anteriormente señalados se presenten o mantengan durante todo el día.

A estos trastornos nocturnos de la micción, se añaden ciertas manifestaciones debidas a la influencia de la congestión pelviana sobre los órganos genitales; y así, ciertos sujetos en los que la erección había desaparecido casi totalmente, la ven reaparecer con regularidad en la última mitad de la noche, erecciones matinales, pasivas, molestas, y que ceden si el sujeto las quiere utilizar, y que se hacen intensas y hasta dolorosas en algunas ocasiones, hasta el extremo de obligar al enfermo a abandonar la cama para conseguir orinar y que vuelva el miembro al estado de flacidez. En algunas ocasiones, las menos sin embargo, la poliakiuria es también diurna, hasta el punto que antes de todo examen instrumental podríamos pensar en un enfermo en fase residual, el cateterismo después de una micción espontánea, nos

enseña, por el contrario, que la vejiga se evacúa completamente. Si la congestión vesical añade sus efectos a la prostática, aparecen dos nuevos síntomas: la necesidad imperiosa y el dolor. El riñón puede igualmente sufrir los efectos de la congestión nocturna, que se traduce por una poliuria más o menos acentuada, apareciendo ordinariamente bajo la forma de crisis. Por último, ciertos enfermos experimentan sensaciones desagradables de pesantez ano-rectal.

Durante este período el estado general no se resiente y su duración es tan variable que hay enfermos que en diez o más años no pasan del mismo, o a lo sumo un accidente de retención aguda pasajera interrumpe su continuidad.

SEGUNDO PERÍODO: DE RETENCIÓN INCOMPLETA SIN DISTENSIÓN.—Con los progresos de la afección (aumento de la hipertrofia y de la fatiga vesical), la evacuación se hace más dificultosa y menos completa; en cada micción, la vejiga vacía solamente una parte de su contenido, primero en las realizadas durante la noche, más tarde durante todo el día; el enfermo entra, en una palabra, en el período de retención crónica incompleta sin distensión, puesto que la vejiga no consiente todavía más que la cantidad asignada a su capacidad fisiológica.

El residuo es muy variado; al principio 20 ó 30 gramos, para alcanzar más tarde 100, 200 y más; la cantidad de residuo varía con los días y aun con las horas del día, bajo la influencia de una higiene extremada o de un tratamiento apropiado; las mismas causas que enumerábamos en el anterior período como capaces de aumentar dichos trastornos, son también aquí susceptibles de agravar este estado. Cuando la cantidad de residuo llega a 50 gramos, aparece la poliakiuria diurna; bajo la influencia del residuo, la congestión prostática persiste durante todo el día, la capacidad vesical se encuentra

disminuída en la cantidad de orina residual, y de aquí la frecuencia de la micción, tanto provocada por la irritación causada por la congestión prostática, como por el hecho de llenarse más rápidamente por el remanente vesical; esta poliakiuria diurna, en suma, cuando va acompañada de residuo, indica que el prostático está en el segundo período.

La poliuria que señalábamos como posible en el anterior período, constituye un síntoma constante en este, más acentuada durante la noche y acompañada de una disminución en la excreción de los principios disueltos en la orina. En fin, algunas veces los trastornos digestivos hacen su aparición; el apetito disminuye, las digestiones son pesadas, el estreñimiento es pertinaz, el estado general decae y las fuerzas disminuyen con ligero adelgazamiento sin que el enfermo pueda determinar la causa.

TERCER PERÍODO: DE RETENCIÓN INCOMPLETA CON DISTENSIÓN.—Aquí la cantidad de orina residual es tan considerable que la vejiga aumenta sin cesar en su capacidad, dejando distender sus paredes progresivamente, más tarde esta distensión alcanza a los uréteres y a los riñones, de donde se derivan los trastornos generales que son la regla en este momento.

El prostático distendido se presenta bajo diferentes aspectos: unas veces los trastornos urinarios llaman inmediatamente la atención del lado de la vejiga y de la próstata; en otras ocasiones es el estado digestivo influenciando también el estado general, lo que nos puede poner sobre la pista de una afección de las vías urinarias, siendo muy necesario el conocimiento de esta dispepsia urinaria ya que en muchas ocasiones nos hará descubrir que es la lesión prostática que la provoca.

La frecuencia de las micciones se acentúa tanto por el día

como por la noche; los enfermos cada diez o quince minutos se ven obligados a orinar, las necesidades son tan imperiosas y tan frecuentes que en algunos enfermos se establece una falsa incontinencia, en un orden más avanzado esta incontinencia se hace verdadera, los enfermos pierden sus orinas sin darse cuenta, primero durante la noche, después durante todo el día; esta incontinencia por regurgitamiento (paradoja urinaria), es debida a que la distensión vesical ha llegado al límite y la resistencia de dichas paredes y de las abdominales termina por oponer una fuerza mayor, que la de contención esfinteriana forzándose así el cuello y dando paso a la orina.

La poliuria es constante por el hecho de la propagación de la dilatación vesical al riñón; los enfermos orinan dos, tres, cuatro litros y más de una orina pálida y débilmente mineralizada, debida la poliuria en parte a la irritación de los riñones y a las lesiones de esclerosis, pero también a la cantidad considerable de líquidos que los enfermos ingieren atormentados por la sed. No es raro observar cómo estos enfermos acusan dolores en la región lumbar más o menos pronunciados, caracterizados unas veces por sensación de pesantez tolerable, adoptando en otras la forma de crisis dolorosas e insufribles; ello corresponde a la distensión renal como consecuencia de la vesical, como puede comprobarse por la desaparición rápida y brusca si con un tratamiento apropiado hacemos desaparecer la distensión.

Los trastornos digestivos que comenzaban en el segundo período, son constantes en los distendidos, constituyendo su conjunto el síndrome de dispepsia urinaria tan bien estudiada por Guyon: una pérdida de apetito que aumenta progresivamente, una inapetencia por los alimentos sólidos, las carnes y el pan sobre todo, una sed insaciable a pesar de la cantidad inmoderada de líquidos que absorben, la boca seca, pastosa, con pérdida de la gustación hasta el extremo de que los

alimentos les parecen estopas, una lengua saburrosa, recubierta de una cinta blanca en el centro y con un color rojo vivo en los bordes y en la punta, la digestión difícil, las fermentaciones intestinales activas, con mal funcionamiento intestinal, predominando el estreñimiento interrumpido por alguna crisis diarréica, alteración del sueño, neuralgias diversas, cefalea, dolores en los miembros, calambres, alguna vez hemorragias, etc., etc., trastornos todos que traducen una intoxicación urinaria como resultado de un funcionamiento defectuoso de los riñones distendidos.

Progresivamente, y bajo la influencia de estas intoxicaciones y trastornos digestivos, el estado general se altera, los enfermos adelgazan, su piel adquiere una coloración pálida terrosa, terminando por encontrarse en un estado de verdadera caquexia «caquexia urinaria», que hará pensar si no se ha descubierto la causa, en la existencia de algún cáncer en un órgano profundo. Los enfermos se encuentran en un estado de equilibrio inestable en los que cualquier cateterismo (arma de doble filo, como dice Guyon), es suficiente para destruirle y de aquí la gravedad de este estado y las dificultades del tratamiento en los enfermos de este período.

CUARTO PERÍODO: DE RETENCIÓN COMPLETA.—Es el término último y muchas veces fatal del prostatismo; constituye la vida del sondaje con todas sus deplorables consecuencias, al principio son raros: dos o tres al día son suficientes, más tarde y con ocasión de los mismos la infección se instala, la vejiga se hace sensible y cada dos o tres horas los enfermos se ven obligados al cateterismo. A pesar de estas dificultades y peligros, hay enfermos que soportan admirablemente bien este estado durante largos períodos de diez y más años, sin sufrir demasiados accidentes y pudiendo llevar una vida regularmente activa.

Podría creerse que la vejiga en retención completa y distendida iba a perder su contractilidad (atonía vesical de los antiguos), pero las experiencias de Genouville han demostrado que en los comienzos de este período la fuerza contráctil está aumentada, debilitándose solamente cuando la retención es muy antigua; los maravillosos resultados de la prostatactomía por otra parte, demuestran que esta debilitación es sólo momentánea, ya que después de la operación la evacuación es completa.

Hemos de pasar, aunque sea de ligero para terminar la exposición del síndrome clínico, una revista a los accidentes y complicaciones que de continuo amenazan a estos enfermos:

RETENCIÓN AGUDA: Es el accidente más frecuente en el curso evolutivo del prostatismo, sus causas múltiples ya enumeradas al hablar de los estados congestivos en el primer período. Unas veces hace su aparición en el estado de trastornos premonitorios, otras veces en el período residual; pasajera unas veces, es el primer paso siempre para la retención incompleta o pasando al estado crónico, retención total. Retención casi siempre completa, acompañada o no de distensión según el período de prostatismo en que aparezca, frecuentemente la sonda debe intervenir para poner fin a los sufrimientos del enfermo. La duración y la terminación de la misma y su influencia en el estado del enfermo es sumamente variable; unas veces después de un período de cateterismos, la retención desaparece y el enfermo vuelve a su anterior estado, por el contrario muy a menudo, sobre todo si el cateterismo ha sido tardío con distensión prolongada de la vejiga y el enfermo no fué sondado suficientemente durante largo tiempo, la micción espontánea puede restablecerse agravándose su estado anterior de retención; tal enfermo prostático

con ligeros trastornos de poliakiuria, pero vaciando su vejiga, después de la retención aguda comienza a hacer su residuo; tal otro, en el que la retención alcanzaba 20 ó 30 gramos solamente, llega con caracteres de permanencia a 100, 200 y más todavía; por último, en otros la retención aguda total se transforma en crónica completa.

No es fácil de prever la duración y la intensidad de estas crisis de retención aguda y no es menos fácil igualmente dónde termina la agudez, convirtiéndose en retención crónica total, sin embargo, y en lo que hace relación a este último extremo puede sentarse en términos generales: que si al cabo de treinta días de cateterismos regulares la micción no se ha restablecido, es que pasa al estado crónico constituyéndose así el período terminal del prostatismo. En cuanto a la duración está siempre, o por lo menos en la mayoría de los casos, en relación directa de la prontitud en el obrar y del método en la actuación.

HEMATURIA.—Es un accidente relativamente frecuente en los prostáticos, siendo sus caracteres tan variables desde el punto de vista del origen, que conviene distinguir con precisión las hematurias espontáneas y las provocadas. La hematuria se manifiesta algunas veces bajo la forma de uretrorragia, hecho raro, pero que no ha dejado de señalarse por Albarrán, Marion y otros autores; hemorragias en general pequeñas, de poca duración, que se traducen por la aparición de sangre en el comienzo de la micción, siendo la orina que viene detrás absolutamente limpia y transparente; otras veces la hematuria es total en apariencia, aunque en realidad, es terminal, como lo demuestra la prueba de los vasos de Thomson. La intensidad de estas hemorragias es muy variable; ya se trata de algunas gotas de sangre que tñen la orina al comienzo o al final de la micción; otras veces por el contrario,

es tan considerable, que pueden hacer creer en una hematuria total, y según sea la abundancia, así tendremos orinas negras, rojas o compuestas casi exclusivamente de sangre con pequeña cantidad de orina; en este último caso, la existencia de coágulos abundantes provoca la retención completa, y de aquí contracciones vesicales intensas que aumentan la hemorragia, estableciéndose de este modo un círculo vicioso; las hematurias pequeñas no tienen importancia; por el contrario, las últimas, por su duración o abundancia, anemizan considerablemente estos enfermos.

Estas hematurias pueden ser provocadas por intervenciones instrumentales: cateterismo (pequeño desgarró de la mucosa uretral), falsas vías, hemorragias ex-vacuo.

Las hematurias espontáneas rara vez se presentan en el primer período, y si con ocasión de un brote congestivo aparecen, en general son discretas, caracterizándose por la expulsión de algunas gotas de sangre al principio o al final de la micción; en los períodos de retención incompleta con o sin distensión, se las observa con más frecuencia, adquiriendo una importancia considerable cuando con ocasión de las mismas aparecen fenómenos de cistitis, sea espontánea o consecutiva al cateterismo. Es en las retenciones agudas en las que se observan con más frecuencia estas hematurias espontáneas, y es un hecho bien conocido que cuando se practica un cateterismo por estas retenciones, la orina tiene un tinte sanguinolento más o menos intenso y va acompañada de coágulos.

URETRITIS.—La uretritis en los prostáticos es la consecuencia obligada de los sondajes repetidos o de la sonda permanente; la asepsia imperfecta de la sonda o simplemente la infección por los microbios, huéspedes habituales del canal uretral, bajo la influencia de la irritación causada por el paso

de la sonda, es el origen de estas uretritis, caracterizadas por un rezumamiento poco abundante en la generalidad de los casos, por sensibilidad o dolor en la micción, en la erección y al paso de la sonda, no dejando de tener su importancia, ya que constituyen un punto de partida para la infección por propagación a la vejiga y a la próstata.

PROSTATITIS.—Complicación frecuente en la hipertrofia prostática, hasta tal extremo de poder sentar la afirmación: que no hay hipertrofia prostática en la cual no se descubran lesiones de prostatitis; todos los grados de inflamación pueden presentarse: desde los pequeños ataques de inflamación catarral con infiltración embrionaria de los tejidos peri-acinosos de los adenomas, sobre los cuales Desnos ha llamado la atención, pasando a los pequeños abscesos parenquimatosos múltiples recidivantes o para terminar en el grueso absceso prostático parenquimatoso o peri-prostático, resultado muchas veces de la confluencia de pequeños abscesos diseminados; su evolución es, en la mayoría de los casos crónica, considerándonos relegados de hacer mención de su sintomatología.

ORQUI-EPIDIDIMITIS.—Acompañan y constituyen una secuela, la mayor parte de las veces, de la infección de la uretra y de la próstata; unas veces se producen espontáneamente, otras son consecutivas a los cateterismos; el conducto deferente es la vía por donde camina la infección sin que se pueda negar que en ocasiones la orqui-epididimitis traduce una infección general, siendo la vía hematógena por donde camina la infección; Guellot ha visto en efecto, producirse estas orquitis después de la resección de los conductos deferentes.

Unas veces la hinchazón, el peso y el dolor anuncian la complicación, la tumefacción aumenta rápidamente, sin

embargo, la supuración no es fatal y cuando esto sucede, va acompañada de fuerte reacción febril, postración y delirio, indicios de un grave pronóstico; el absceso se forma generalmente en la cavidad vaginal, en el epidídimo, sobre todo en la cola, y después de su vaciamiento el testículo queda largo tiempo doloroso, para terminar por la curación la mayor parte de las veces.

VESICULITIS.—La vesiculitis, según Marion, debe hacer temer la existencia de una degeneración central de la hipertrofia en epitelioma; sin embargo, como ha demostrado Thevenot, la vesiculitis puede existir en los casos de adenomas puros; y si es verdad que no debemos concederlas gran importancia por sí mismas, la tienen para el acto operatorio, ya que por sus adherencias dificultan la enucleación y pueden ser el punto de partida de la infección post-operatoria.

URETERO-PIELO-NEFRITIS.—El resentimiento de la hipertrofia prostática sobre el riñón, se hace sentir desde que la retención vesical con distensión se establece; el derrame de orina por los uréteres se encuentra dificultado, de tal manera que los canales se dilatan, estableciéndose la estancación urinaria hasta la pelvis renal, dejando sentir más tarde sus efectos en los tubulis renales, y provocando de este modo lesiones de nefritis esclerosa. En estas condiciones, sea consecutivo a una cistitis espontánea o provocada por el cateterismo, la infección se propaga por continuidad y se instala en las vías urinarias superiores y en otras ocasiones por vía hematógica, los gérmenes hacen su irrupción brusca en el tejido renal, y más tarde en la pelvis, dando lugar así a esos brotes agudos de pielonefritis traducidos clínicamente: por fiebre, purulencia de orinas, aumento del volumen del riñón, frecuencia del pulso, sequedad de la lengua, etc., etc.; por el contrario, la

forma de origen vesical y propagada por continuidad, adquiere desde el principio un curso crónico, sin dar lugar a fenómenos ruidosos aparentes.

INFECCIÓN VESICAL.—Pocos enfermos hay que se sonden durante cierto tiempo, que escapen a esta complicación; unas veces un instrumento mal esterilizado es la causa, en otras ocasiones la flora microbiana uretral, vehiculada por la sonda, penetra en la vejiga, por último, hay que contar con las infecciones endógenas, que ganan la vejiga por vía sanguínea o por la linfática, proviniendo de un órgano vecino: próstata, recto y en general, todos los órganos de la pequeña pelvis. Por estas razones no es de extrañar que la infección vesical represente la complicación más frecuente del prostatismo, máxime si se tiene en cuenta que las condiciones favorables a su producción se hallan reunidas cuando la vejiga se vacía mal: congestión de las paredes, alteración de las mismas, residuo urinario, que constituye un medio de cultivo apropiado, falta de arrastre de los microbios por la micción, una vez que ellos han penetrado en la uretra, y por último, traumatismos mínimos, si se quiere, pero reales y repetidos por los cateterismos.

El examen bacteriológico de la orina en los infectados, descubre una flora microbiana múltiple y variada; el colibacilo es casi constante, alguna vez exclusivo y frecuentemente predominante; pero al mismo tiempo existen el estafilococo, el estreptococo, el micrococcus urae, y tantos otros cuya variedad haría la lista interminable; no es raro hallar microbios que tienen una acción colorante sobre la orina, el bacilo-piocianico en particular, y otro que es susceptible de provocar una coloración purpurada.

La infección vesical en los prostáticos, puede adoptar todos los grados; ordinariamente la bacteriuria abre la escena;

pero bien pronto la vejiga predispuesta a dejarse infectar, toma parte en el proceso inflamatorio estableciéndose la cistitis, generalmente de tipo crónico; otras veces por el contrario su aparición es brusca, estableciéndose el cuadro de una cistitis aguda cualquiera: dolores, necesidad de orinar con frecuencia extremada, piuria y bastantes veces hematuria terminal; esta variedad, sobreviniendo en retencionistas incompletos sin distensión, da lugar a un síndrome de fisiología particular, también descrito por el profesor Guyon, bajo el nombre de «retención aguda sin distensión». En un orden más avanzado de la infección vesical, se constituyen las complicaciones y variedades de las mismas: cistitis flegmonosa difusa, pseudo-membranosa, peri-cistitis, celulitis pelviana, etc.; etc., cuyos nombres indican el valor y síndrome propio de las mismas.

INFECCIÓN URINARIA.—Es clínicamente, la fase terminal de todas las infecciones que anteriormente hemos citado, sucediéndose ordinariamente por etapas, desde el ataque agudo, sobre-agudo, crónico, para terminar en el de generalización; unas veces y a consecuencia de un sondaje, se establece el gran acceso febril de infección urinaria para terminar con la misma rapidez que llegó, lo que indica que los microbios pasados a la sangre a favor del traumatismo uretral no han colonizado; en otras ocasiones, por el contrario y en razón del estado anatómico de los órganos, esta reabsorción termina por la instalación definitiva de microbios al nivel de cualquier tramo del aparato urinario.

CÁLCULOS DE LA VEJIGA.—En los prostáticos, como en todos los demás individuos, pueden presentarse los cálculos primitivos; mas en la mayor parte de los casos son secundarios, sobre todo en los enfermos infectados, ya que en los

mismos se encuentran reunidos los requisitos necesarios para la producción de concreciones calculosas, siendo su característica la recidiva, y de aquí, antes de la prostatectomía, la frecuencia de encontrar enfermos que cada dos o tres años se veían obligados a dejarse litotriciar. Su sintomatología es muy oscura; es un motivo de sospecha la persistencia o intensidad de las infecciones vesicales, a pesar de la antiseptia interna y local más extremada, los dolores al final de la micción, las interrupciones bruscas del chorro urinario, las pequeñas hematurias terminales, etc.; presentados y aumentados todos estos síntomas con ocasión del ejercicio y movimiento, nos indicarán la probable existencia del cálculo; la exploración instrumental, sobre todo la endoscopia, nos sacarán de duda en la mayor parte de los casos.

CÁLCULOS DE LA PRÓSTATA.—Es frecuente en la masa que constituye el adenoma, encontrar numerosos y pequeños cálculos del tamaño de granos de mijo o de cañamones pequeños, ordinariamente blandos, y que habiendo pasado desapercibidos a la exploración, son la causa de las complicaciones inflamatorias (prostatitis) que anteriormente señalamos.

ESCLEROSIS RENAL.—Consecuencia obligada de la retención total o de la incompleta con distensión, pasa generalmente desapercibida y se traduce por el aumento de la tasa de urea en la sangre al principio, y más tarde por trastornos de nefritis crónica. La prueba más evidente de la influencia única de la retención ureica consecutiva de la esclerosis, es suministrada por la sonda permanente, más aun por la cistostomía, que hace descender en muy poco tiempo la cantidad de urea de la sangre, al desaparecer los fenómenos de estancación vesical.

FALSAS VÍAS.—Con ocasión de los sondajes puede producirse una falsa vía en la región prostática lo más a menudo, en la bulbar con menos frecuencia, traduciéndose ambas por la imposibilidad de hacer llegar la sonda a la vejiga y por la uretrorragia abundante, que es su consecuencia.

TRANSFORMACIÓN DE LA HIPERTROFIA EN CÁNCER.—Los estudios de Albarrán y Halle, las operaciones en las que se extirpan masas idénticas a las de la hipertrofia más pura y en las cuales en ciertos puntos se encuentran núcleos francamente epiteliomatosos a la vista y al examen histológico, no dejan lugar a ninguna duda sobre la posibilidad de esta grave complicación discutida por Chevassu, fundado sin duda, en la dificultad de apreciar clínicamente los momentos de su comienzo, mas puesta en evidencia por los trabajos de anatomía patológica de los autores primeramente citados, quienes encontraron catorce veces, sobre ciento, el epitelioma dentro de la masa de los adenomas.

Innecesario es describir la técnica de la exploración instrumental o manual en estos enfermos; bastará solamente que señalemos: la palpación y percusión, el tacto rectal simple o combinado con la introducción de un instrumento curvo en la vejiga, o con la mano puesta en el hipogastrio (palpación bimanual), la exploración del canal y de la vejiga con instrumentos flexibles o rígidos, y entre todos, como el más útil, el que nos suministra datos que pueden pasar desapercibidos a las anteriores exploraciones, la endoscopia, tanto uretral como vesical, en aquellos enfermos en que no exista una imposibilidad absoluta de practicarla, o en los que su empleo no constituya riesgo de ninguna clase; la radiografía y el examen de la sangre en busca de la eosinofilia, son exploraciones a las que solamente podemos conceder un valor mínimo.

Llegamos por fin para terminar, al fundamento y parte esencial de este trabajo, después de haberos distraído más tiempo del que yo hubiera deseado al hacer una indicación rápida de cuantos datos y antecedentes creía necesarios para fundamentar el establecimiento de las grandes indicaciones terapéuticas en el prostatismo, desbrozando así el camino para no verme obligado a digresiones enojosas que me pudieran desviar momentáneamente del nervio y esencia del postulado. Y para esto, y facilitar todo lo posible cuanto en líneas generales puede abarcar esta terapéutica, en dos grandes grupos expondré cuanto hace relación con lo que antecede; una parte para los modos empleados en el prostatismo, aunque ello quede reducido a una rápida numeración; de otra, y como final, las indicaciones que deben establecerse sobre el empleo de estos diferentes modos de tratamiento, teniendo en cuenta las condiciones en que los enfermos se presentan.

MODOS DE TRATAMIENTO.—Cuidados higiénicos.—Necesarios en todos los períodos del prostatismo, pueden agruparse en cuatro grandes clases de higiene: higiene general, de las vías urinarias, del tubo digestivo y del aparato genital; todas ellas admirablemente formuladas por el creador de la urología francesa Guyon, las que, aun partiendo de un concepto patogénico equivocado, no han sufrido modificaciones aparentes y transcendentales en su formulación.

Medicamentos.—Los vaso-constrictores, los dilatadores, los excito-motrices o los anti-espasmódicos y calmantes, han sido empleados en distintas épocas, y lo siguen en la actualidad, más que nada a título de medicación sintomática; la opoterapia, en fin, ha sido empleada en la hipertrofia de la próstata: Reinert, Englisch, Merck, Bazi, Oraison, Burckhardt y tantos otros han sido los valedores de esta nueva terapéutica, a la que sin concederla una acción curativa, ejerce la

indudable de contrarrestar la toxemia tumoral, tan mal conocida hasta la fecha, como ha demostrado recientemente Bazi. Los antisépticos urinarios encuentran justificado su empleo en la infección de cualquier tramo del aparato urinario.

Amasamiento.—A pesar del favor y de la prodigalidad con que se ha venido empleando en la hipertrofia de la próstata, y se recomienda actualmente en no menor escala, he de hacer constar que en la mayor parte de las veces es perjudicial, encontrando solamente una indicación relativa en los casos de prostatitis o vesiculitis en su fase terminal de curación.

Cateterismo.—Nos llevaría demasiado lejos el estudio del instrumental y técnica del mismo, aparte de que ellas son suficientemente conocidas de la clase médica; no sucede lo mismo en la manera de su administración, hasta tal punto, que ello constituye una delicadeza de terapéutica, la cual es menester conocer en sus justos y convenientes momentos de aplicación.

En el primer período el cateterismo es inútil, cuando no perjudicial, debiendo ser muy parcos en el empleo del mismo, aunque sólo sea con fin exploratorio, para evitar los riesgos de una infección de la vejiga o de la uretra.

En el segundo período de retención incompleta sin distensión, el cateterismo se hace necesario cuando el residuo, de una manera permanente y constante, alcanza los 100 gramos; un sondaje diario entre 100 y 300 gramos de residuo; dos hasta los 500, y tres o más cuando pasan de esta cantidad.

En el tercer período de retención incompleta con distensión, al emplear la sonda, es menester rodearla y rodearnos de los cuidados más exquisitos de asepsia, conduciéndose con una meticulosidad rayana en la exageración; no deben extrañar estas advertencias, ya que estos enfermos, en equilibrio inestable, como decíamos anteriormente, son los más

difíciles de tratar por el cateterismo, hasta el extremo que por un sondaje inconsciente o impropio, damos lugar a la rotura del equilibrio, abriendo el camino de estos enfermos al rápido final de su proceso; por algo decía Guyon que la sonda en estos casos era un arma de doble filo, por algo sin duda también, en estos últimos tiempos el ojal hipogástrico discute y quiere usurpar las indicaciones del cateterismo en estos enfermos, a pesar de la defensa tan documentada que del mismo y de la sonda permanente hiciera Michon en su admirable tesis.

En el cuarto período de retención crónica total, los deseos de orinar y los fenómenos infectivos nos darán la pauta, marcándonos el horario del cateterismo con sujeción al elemento dolor.

En presencia de una retención aguda, el cateterismo inmediato se impone, tanto más precoz cuanto que a título preventivo, de este modo conseguiremos el restablecimiento rápido de la micción, sea vaciando completamente la vejiga en el corto espacio que aproximadamente dura una micción, cuando la retención no sea muy grande, sea sujetándose a la evacuación lenta e interrumpida, a fin de evitar las hemorragias ex-vacuo en los casos de repleción exagerada vesical.

Innecesario será decir que en todos estos casos de cateterismo, siempre que los enfermos se encuentren en la fase aséptica, el empleo de antisépticos es por lo menos inútil, si no perjudicial, debiéndonos limitar a la limpieza y aseo del glande y canal uretral; por el contrario la infección del aparato urinario, desde la bacteriuria hasta la infección urinaria generalizada aguda o crónica, exigen el empleo de la antisepsia interna y la local.

Sonda permanente.—Prescindiendo de los detalles inherentes a la fijación y entretenimiento de la sonda, sí haré constar que constituye un recurso precioso en el tratamiento

del prostatismo, y que las ocasiones de su empleo son múltiples, repitiéndose en el mismo enfermo con frecuencia:

1.º En los casos de cateterismo difícil, doloroso o acompañado de hemorragias.

2.º Cuando el cateterismo aun siendo fácil, no puede confiarse a las personas que rodean al enfermo o que puedan acudir a practicarle.

3.º La reducción de la capacidad vesical, por el hecho de una cistitis o pericistitis aguda o sub-aguda que impide la distensión de la vejiga y como consecuencia inmediata, exige la frecuente repetición del cateterismo.

4.º La infección urinaria encuentra una de las indicaciones principales en el empleo de la sonda permanente, como han demostrado Guyon y Michon con prolijidad de datos y minuciosos detalles.

5.º En las hematurias vesicales o prostáticas.

6.º En las falsas vías la sonda permanente se impone, a fin de suprimir los cateterismos repetidos, siempre difíciles y evitar al mismo tiempo el paso y el contacto de la orina sobre la herida uretral.

7.º En los casos de rigidez uretral, en aquellos enfermos afectos anteriormente de bandas o núcleos cicatriciales de la mucosa o submucosa, en los que la sonda permanente durante dos o tres días produce un reblandecimiento de los mismos por movilización de los elementos embrionarios, como dice Guyon, y como consecuencia una mayor facilidad a los cateterismos ulteriores.

8.º Por último, en los enfermos en fase de retención crónica total, la sonda permanente, pasajera y aplicada y alternando con los cateterismos aislados, alivia el tormento a que fatalmente éstos se hallan sometidos; Bazy ha dejado la sonda permanente durante diez y ocho meses, haciendo las renovaciones convenientes, en un enfermo de setenta y siete

años; Casper y Eastmann han obtenido igualmente felices resultados con la sonda permanente deambulatoria.

Las inyecciones parenquimatosas, la electricidad, la igneopuntura, la radioterapia, y aun la misma radiumterapia, merecen solamente ser señaladas; la diatermia simple o la bipolar, según la técnica de Camiña, de la cual espera este autor tan felices resultados, no merecen igualmente que nos extendamos en consideraciones de ninguna clase. La dilatación uretral llevada a los límites extremos, 60 y 70 Beniqué, y que no ha dejado de ser recomendada, ejerce solamente pasajeros efectos, siempre que se haga con mucho cuidado, si queremos evitar accidentes y complicaciones de bastante gravedad y transcendencia.

Punción de la vejiga.—Empleada solamente en los casos de cateterismo imposible para preparar y favorecer éste, o en espera del empleo de otros recursos terapéuticos.

Cistostomía hipogástrica.—Encuentra sus indicaciones en todos los casos que señalábamos para el empleo de la sonda permanente, y siempre que el uso de ésta no proporcione resultados satisfactorios. En otras ocasiones es preparatoria de una ulterior prostatectomía (operación en dos tiempos), con el fin de desintoxicar el enfermo rebajando la tasa de urea sanguínea y aumentando la de la orina. Por último, en otros casos habrá que convertirla en definitiva, tratándose de enfermos inoperables, y en los que el cateterismo en todas sus formas se halla contraindicado. La cistostomía perineal empleada por Rochet y Durand, encuentra rara vez una indicación formal. El ojal perineal, siguiendo la técnica de Thompson, Harrison o Whitehead, puede algunas veces ser una solución en los casos inoperables.

La anastomosis vesicoprostática antiuretral, la cistopexia, la ligadura de las arterias ilíacas internas, las operaciones sobre los testículos y sus anejos (castración doble, castración

unilateral, inyecciones esclerógenas intratesticulares, sección o resección de los conductos deferentes, atrofia de los testículos por los rayos X, ligadura, sección o resección de los elementos del cordón y angioneurectomía), merecen solamente un interés histórico.

Tratamientos uretroscópicos.—Goldschmidt ha preconizado un tratamiento de la hipertrofia prostática, consistente en la cauterización o electrolisis, bajo la dirección de la vista, a beneficio de un uretroscopio de manejo difícil y un poco complicado, pero que sin embargo encuentra alguna indicación, sobre todo en aquellos casos que considerados antiguamente como prostatismo vesical, son debidos a pequeños adenomas en los contornos del cuello o a esclerosis del mismo.

Canalización de la próstata.—Imaginado por Luys, consiste en hacer un túnel en el interior de la próstata por las vías naturales mediante el empleo del uretroscopio, a expensas del obstáculo que impide la micción, permitiendo así la libre emisión de la orina; es una operación parecida a la imaginada por Bottini, pero practicada bajo el control de la vista, y empleando para ello el gálvanocauterio primero, la electrocoagulación después, escarificando las porciones de la masa adenomatosa. Heitz-Boyer, que ensaya la destrucción de la masa adenomatosa por la electrocoagulación a vejiga abierta, se ha convencido bien pronto del escaso y pasajero resultado que se obtiene con este método.

Prostatotomía.—La perineal practicada por Harrison, la hipogástrica llevada a cabo con ocasión de las cistostomías por otros padecimientos, la verificada por la vía endouretral con los instrumentales variados de Civiale, Mercier y Gouley, de New-York, tienen solamente un interés histórico. Si se quiere practicar la prostatotomía por la vía endouretral, el método de Bottini es el de elección; sin entrar en detalles

sobre el instrumental y técnica de su empleo, hemos de referir en cuanto a los resultados desde el punto de vista del restablecimiento de la micción, que generalmente son buenos inmediatamente después de la intervención, sin que puedan considerarse como definitivos ni aplicables a todas las formas de hipertrofia prostática.

Prostatectomía. — La supresión total o parcial del obstáculo constituido por la mal llamada hipertrofia de la próstata, como dijimos al hablar de la significación y valor de este término, ha sido practicada desde hace mucho tiempo por los métodos más variados; unas veces buscando sólo la excisión de una parte de la masa, constituyendo la hipertrofia de la próstata, «prostatectomía parcial»; otras veces extirpando la masa total hipertrofiada, «prostatectomía total».

Las primeras practicadas por vía hipogástrica, según la técnica de Amussat, Dittel, Billrroth, Trendelenburg y tantos otros, o por la vía uretral, como preconizaban Leroy d'Etiolles, Mercier, Gouley y Bron, así como las verificadas por vía perineal, siguiendo los consejos de Guthrie, y las técnicas de Ferbusson, Bryant, Landerer, Socin, etc., etc., han caído por completo en desuso, cediendo su lugar a la prostatectomía total.

La prostatectomía total por vía perineal, practicada primero por Goodfellow, más tarde por Pyle, y posteriormente por Verhoogel, entró en una fase nueva a partir de los trabajos anatómicos de Proust y Gosset y de las intervenciones tan regladas y precisas de Albarrán; posteriormente, las modificaciones introducidas por distintos autores, tanto en lo que hace relación a técnica como a indicaciones, han sufrido los embates del tiempo, y algunas veces los de la moda, que tanta influencia ejerce en medicina, alternando y disfrutando del favor con la prostatectomía hipogástrica, según los tiempos; esta última, o subpubiana, creada por Mac-Gill, reglada por

Fuller y perfeccionada por Freyer, merece ser considerada, y lo es de hecho, como el término ideal de los procedimientos curativos del prostatismo.

No hemos de entrar, ni siquiera tocar a la ligera, la técnica de estas intervenciones; los cuidados postoperatorios necesarios a realizar en los enfermos, las indicaciones, el valor curativo, mortalidad, etc., etc., ya que ello nos apartaría de nuestro camino, dando proporciones exageradas a este trabajo; pero sí hemos de hacer constar que en la prostatectomía total tenemos la curación radical y completa del prostatismo, que tanto ha tributado a la muerte hasta los primeros años del presente siglo, señalando de paso, la impropiedad de la palabra «prostatectomía», ya que realmente, siendo un adenoma la causa de los trastornos urinarios en los prostáticos, y arrancado éste al realizar la operación, cuadraría mejor el término de «adenomectomía», puesto que traduciría el verdadero y real significado del acto operatorio.

INDICACIONES.—Las indicaciones terapéuticas del prostatismo fueron modificadas por completo a partir del día que por la prostatectomía se obtuvo la curación radical y definitiva del mismo; por ello, muchos de los tratamientos que hemos enumerado han desaparecido de hecho completamente, quedando únicamente aquellos que por ser realmente eficaces, pueden ser empleados: unas veces como curativos pasajera-mente, otras como paliativos, en muchas ocasiones como maniobras preparatorias para poner a los enfermos en condiciones de operabilidad, de sufrir la prostatectomía «la curación radical». A la prostatectomía solamente pueden ser opuestas como operaciones curativas de un efecto despreciable, la electrolisis y radiumterapia; de una acción inconstante y pasajera, el método de Bottini; y como paliativo, el cateterismo en todas sus formas de aplicación.

En principio puede afirmarse que toda hipertrofia de la próstata determinando trastornos serios, justifica la prostatectomía siempre que no haya contraindicación formal; la indicación es tanto más clara y precisa, cuanto los trastornos son más intensos y acentuados y el sujeto es más joven.

La prostatectomía suprime un órgano dotado de una toxicidad bastante grande (toxemia tumoral) mal conocida hasta la fecha como lo han demostrado los estudios de Legueu y Gaillardon; esto es lo que explica la verdadera resurrección de ciertos enfermos después de la operación, en los que su estado general se encontraba influenciado no solamente por la intoxicación urinaria, sí que también por los productos tóxicos segregados por el adenoma periuretral. Bazy ha precisado con una claridad de juicio que refleja y traduce la realidad clínica, los efectos de la prostatectomía, clasificándolos en dos grupos: uno, la mejoría inmediata debida a la supresión del obstáculo urinario, de donde una evacuación y desintoxicación rápida de la vejiga seguida de las descargas de las vías urinarias superiores; de otra parte, ciertos síntomas de orden tóxico que desaparecen solamente cuando se hace la extirpación del adenoma, y en este síndrome tóxico tumoral es en el que yo encuentro justificación a la medicación opoterápica, pues a mi modo de ver y por el estudio de los enfermos sometidos a este tratamiento, he podido observar el beneficioso resultado sobre dichos síntomas sin que por el contrario dicha medicación ejerciera influencia alguna sobre los determinados por obstáculo mecánico (retención, infección, uremia, etc., etc.).

La prostatectomía encuentra su indicación lo más precozmente que podamos realizarla, ya que de ese modo nos ponemos a cubierto de la transformación relativamente frecuente del adenoma en epiteloma, que alcanza el 14 por 100 de los



casos y es evidente que la prontitud en el obrar disminuirá estos riesgos.

Las dos únicas razones que podrían rechazar la prostatectomía como método de elección en el tratamiento de la hipertrofia, son: de una parte la mortalidad operatoria, de otra la pérdida posible de la potencia genital. Sobre la primera, y a fin de evitar explicaciones largas y enojosas, citaremos las principales estadísticas de la prostatectomía: Freyer ha conseguido según su última estadística, que alcanzaba más de mil casos, rebajar del 10 por 100 de mortalidad que tuvo en la primera centena de sus operados, al 3 por 100 que ha sufrido en la última serie; Thompson y Walker, dan una mortalidad de 5 por 100; Macdonald, de 7,95 por 100; Fullerton, de 8 por 100; Brongerema, de 10 por 100; Heresco, de 11 por 100; Pauchet, de 9 por 100; Israel, según Cohm, tiene una mortalidad de 15 por 100; Marion, un 12 por 100, y siguiendo los últimos perfeccionamientos de técnica, Loumeau, da un 10,5 por 100 en su primera estadística y en su última serie de 84 operados, un 6 por 100 de mortalidad. En mi modesta estadística de 68 operaciones tengo un 14 por 100 de mortalidad. En la prostatectomía perineal Wastoa, en 1904, da una mortalidad de 6,2 por 100; Escat, un 11,3 por 100; Froust, de 7,13 por 100; Legueu, de 8 por 100; Albarrán, 4 por 100 y Young 3,77 por 100.

En cuanto a la pérdida posible de la potencia genital, no hay razón suficiente para rechazar este modo de tratamiento; evidentemente, en la mayoría de los casos la potencia genital se encuentra abolida por el hecho de la edad, pero aunque así no fuera a nadie puede ocultársele que será siempre preferible orinar sin daño y sin perjuicio, que exponerse a la posible pérdida de una facultad que en la mayor parte de los enfermos se halla ya suprimida.

Por estas consideraciones puede afirmarse hoy, que la

prostatectomía no debe ser considerada solamente como un tratamiento de necesidad cuando los accidentes son muy serios y difíciles, por no decir imposibles, de remediar por otros medios terapéuticos, sino que por el contrario debe ser considerada como el tratamiento de elección, igualmente que ocurre con la cura radical en la hernia, y así como en ésta no esperamos a la presentación de accidentes de estrangulación para operar a estos enfermos, de la misma manera no hay razón para diferir la prostatectomía a esos estados terminales que en la mayor parte de las veces no son remediabiles por ningún procedimiento terapéutico.

¿En qué momento debe practicarse la prostatectomía? ¿Es necesario operar seguidamente que los primeros trastornos de prostatismo aparecen? Seguramente día llegará que la respuesta será afirmativa a esta segunda proposición, considerando que cuanto más precoz sea la operación, más probabilidades de éxito tendrá, que cuanto más jóvenes sean los enfermos la mortalidad bajará más aun; sin embargo, hay que confesar que tal criterio sería tal vez un poco radical en la hora actual. En efecto, no hay que olvidar que en muchas ocasiones el prostatismo evoluciona con tal lentitud que apenas si los enfermos tienen tiempo de llegar al segundo período, y es evidente que en estos casos la prostatectomía no está formalmente indicada; por el contrario debe sentarse la afirmación que todo enfermo en el cual la hipertrofia se manifiesta por trastornos serios (retenciones agudas repetidas, retenciones crónicas completas o incompletas, con o sin distensión, que exijan el cateterismo diario), deben ser prostatectomizados siempre que no haya contraindicación formal porque es necesario repetirlo hasta la saciedad, cuanto más joven sea el enfermo y en mejor estado se encuentren sus vías urinarias, los resultados operatorios son mejores y desde el momento en que se puede prever por el hecho de ser una

enfermedad de curso fatalmente progresivo, como sentábamos en los comienzos de este trabajo, que más tarde habrá necesidad de aconsejar la prostatectomía como un recurso necesario, preferible será establecer esa indicación cuando el enfermo está en plena posesión de su salud general.

Realmente no son las indicaciones las que debemos buscar y detallar frente a un prostático, son más bien las contraindicaciones a la operación las que habrá que analizar con toda detención y exactitud, porque si se quiere que esta operación sea con poco riesgo, es necesario hacerla de una manera consciente.

La edad puede ser un factor de importancia sin duda alguna; evidentemente que la prostatectomía es practicada corrientemente en enfermos que no pasan de los 80 años, Freyer ha operado enfermos de 91 años, Mariachess cita un caso de 93 años, que sobrevivió aún tres más, por mi parte puedo citar uno de 82, cuyos trastornos quedaban reducidos a una poliakiuria sumamente frecuente, que no se pudo moderar con ninguna terapéutica, y el que con un estado general excelente fué por mí operado, pudiendo citársele como un caso extraordinario en la rapidez de su curación, puesto que a los diez y ocho días era dado de alta. Es cierto que fuera de toda lesión de los órganos en particular, los viejos presentan una deficiencia, pérdida mejor se podría decir, de todo su organismo y vitalidad, lo que les hace más susceptibles a causas que no tendrían ninguna, o escasa importancia, en sujetos más jóvenes, y que son menos resistentes a variados accidentes que en mejor edad son bien tolerados, y la mejor prueba de que la edad es un factor de relativa importancia, es que las cifras de mortalidad son mayores a medida que la edad es más avanzada, estando en relación directa con la edad de los enfermos. De todo esto se deduce, como fórmula general, la necesidad de exigir a los órganos de estos

enfermos más allá de los setenta años, un estado de integridad más absoluta que en los sujetos más jóvenes.

El estado general, la apariencia del sujeto, debe ser tomada en gran consideración; nos encontramos ante enfermos que a pesar de una edad avanzada, una tara pulmonar o cardíaca, o lesiones vesicales antiguas, conservan sin embargo un estado general excelente, su vitalidad aparece grande, y en estos casos podemos considerar la prostatectomía de una gravedad pequeña; en la apreciación de este estado general, se hace necesario distinguir la parte que corresponde al estado urinario y la que pueda ser debida a la disminución de la vitalidad en general; ciertos enfermos llegan realmente debilitados, mas esta debilitación es debida al hecho de su intoxicación o infección urinaria, y en estos casos, lejos de ser un obstáculo, estas dos complicaciones constituyen una de las mejores indicaciones. Claro es que en estos enfermos, la prostatectomía inmediata sería una temeridad; para ello quedan reservados esos tratamientos preparatorios, que comenzando en la sonda, terminan en la cistostomía, y con los cuales vemos el estado general mejorar y conseguir la desintoxicación de este organismo, poniéndonos en condiciones de operabilidad; por mi parte puedo señalar un operado que exigió ocho meses de tratamiento preparatorio, tolerando después la intervención y curando rápidamente sin la menor contrariedad en el curso postoperatorio.

Existen afecciones generales serias y graves, como la tuberculosis, el cáncer, la diabetes acentuada, etc., etc., que constituyen contraindicaciones formales de toda tentativa de cura radical; mas estas contraindicaciones son inherentes a toda clase de intervenciones operatorias.

Por parte del aparato circulatorio las contraindicaciones son raras; puede afirmarse que enfermos con lesiones valvulares bien definidas y en hiposistolia en sus comienzos, han

sido operados con éxito, previa una medicación cardiotónica apropiada; el estado de los vasos tiene igualmente poca importancia, y la hipertensión, cuando no es muy exagerada, no contraindica la prostatectomía.

El estado del aparato respiratorio merece tenerle un poco más en cuenta; catarrsos antiguos ligeros son capaces de soportar la intervención; sin embargo, lesiones acentuadas de bronquitis crónica con enfisema y miocarditis, constituyen una formal contraindicación.

El estado de la vejiga no contraindica nunca la prostatectomía; la flacidez, a la que se consideraba antes como la causa primitiva del prostatismo, ha dejado de tenerse en cuenta, pues de las numerosas intervenciones practicadas en vejigas flácidas, y en las que parecía que toda contractilidad estaba agotada, una vez suprimido el obstáculo a la libre emisión de la orina vuelven a contraerse con la fuerza suficiente para evacuar totalmente su contenido. Lo mismo puede decirse en lo que hace relación a la infección vesical, ésta puede ser motivo de aplazamiento exigiendo tratamientos preparatorios y agravar, si se quiere, un poco el pronóstico por las complicaciones a que puede dar lugar el medio séptico en que va a quedar la cavidad resultante de la enucleación prostática, pero nunca constituir una contraindicación formal.

El estado de la función renal debe ser examinado con tal atención, que por su importancia constituye el factor de mayor entidad en el establecimiento de las indicaciones y del pronóstico de la intervención. En el prostático, los riñones presentan alteraciones variadas la mayor parte de las veces combinadas: las unas de orden infectivo (pielonefritis); las otras deficiencias de eliminación (lesiones de esclerosis y nefritis), traducidas por piuria más o menos abundante y por deficiencia de la eliminación renal; en el primer caso, y

siempre que el estado general no sea atacado, la prostatectomía podrá tener lugar; por el contrario, si van acompañadas estas lesiones de trastornos generales persistentes no remediabiles por los cuidados del cateterismo y antisepsia interna, y se mantiene la deficiencia renal, será un motivo obligado la abstención operatoria.

La alteración de la función renal se traduce de diferentes maneras: albuminuria, retención ureica, retención clorurada, eliminación defectuosa de sustancias coloradas introducidas experimentalmente en el organismo.

Será conveniente sentar la afirmación que raro es el prostático que no tenga pequeñas cantidades de albúmina de origen renal; estas dosis débiles, lo mismo que unos pocos gramos de azúcar, no son motivo de contraindicación; lo que importa determinar y conocer es el valor funcional de los riñones, apreciable según la manera cómo eliminan la orina con todos sus componentes, así como las sustancias colorantes introducidas experimentalmente, sobre todo el azul de metileno, siguiendo la escuela francesa, o la fenolsulfonaftaleína, siguiendo a la escuela americana. Evidentemente que una prostatectomía no va seguida indefectiblemente de muerte cuando la excreción de urea es débil y la eliminación de las materias cromógenas deficiente, pero en estos casos bastará el más ligero incidente: infección ligera, complicación pulmonar, etc., para que el enfermo sucumba; por el contrario, un enfermo con estado funcional renal excelente, podrá terminar por la muerte, mas ello ha de ser a costa de accidentes inevitables, cuya presentación no se podía prever, y en los que la operación no tiene ninguna intervención.

Respecto al particular, relacionado con la insuficiencia renal, se puede señalar el límite inferior de excreción de la urea urinaria; debe ser establecido como minimum en diez gramos por veinticuatro horas en un hombre de 70 kilos,

siendo por debajo de esta cifra la intervención muy peligrosa, y este examen de la urea urinaria, para determinar la cantidad señalada, no debe hacerse en una muestra de orina tomada al azar, sino en la cantidad total en las veinticuatro horas, repitiéndola más de una vez antes de llevar adelante la operación. El método d'Ambard es de una precisión mucho más grande; los resultados del mismo son lo bastante numerosos para poder llegar a conclusiones formales y decisivas en el estado actual de nuestros conocimientos, a pesar de los reparos que actualmente se le vienen haciendo; Chevassu considera que en la constante de 0,150 debe fijarse el límite, por encima del cual la prostatectomía no deberá practicarse; Marion considera esta cifra un poco baja, estimando que los enfermos cuya constante está alrededor de los 200, pueden ser operados; Legueu señala 0,120 como constantes buenas, de 0,120 a 0,180 como intermedias, y las que cifran en los límites de 0,200 como defectuosas. Al mismo tiempo que la busca de la constante d'Ambard es de una conveniencia y precisión grandes la determinación de la cantidad de urea en la sangre, y si ésta pasa de 0,75 por 1000, la intervención queda totalmente contraindicada, al menos mientras se mantenga la tasa de urea sanguínea dentro de estos límites mínimos.

La retención clorurada no es una condición muy favorable, dependiendo sin embargo de su intensidad, de la manera como se comporta a los tratamientos adecuados para modificarla o hacerla desaparecer, y sobre todo a la relación que guarde con la eliminación ureica; ligera, cediendo a un tratamiento de decloruración y con buena eliminación de urea, no constituye contraindicación.

La eliminación de las materias cromógenas señaladas particularmente el azul de metileno y la fenolsufonaftelaina, constituyen un elemento de mucho valor para apreciar el estado

funcional de los riñones, concordando sus resultados con el estudio de la excreción de la urea, pues de otro modo su valor es solamente relativo.

El estado de la hipertrofia de la próstata no es nunca motivo de contraindicación en cuanto se relaciona con el volumen y casi hasta en su constitución anatómica; sin embargo, si por la marcha clínica del proceso (rapidez en su evolución) y por las alteraciones del estado del órgano obtenidas por los métodos de exploración física, manual e instrumental, sacamos la seguridad de una degeneración epitelio-matosa avanzada, la abstención será la regla.

Los enfermos que presentan una contraindicación a la operación deducida de un estado general malo, de una infección vesical grande o de un funcionamiento renal defectuoso y en los que sin embargo por razón de los accidentes que presentan y por las dificultades al cateterismo habrá necesidad de suprimir la próstata, en estos casos no debemos rechazar *a priori* la intervención, sino someterlos a un tratamiento minucioso y reglado, especificado ya en pasajes anteriores para remediar dichos accidentes, mejorando su estado general y funcionamiento renal, y conseguido esto, proceder a la operación; en caso contrario una terapéutica paliativa tendrá sólo lugar.

Las condiciones individuales no son de desdeñar al formular la indicación operatoria en estos enfermos; en efecto, la posición económica, la residencia en lugar donde los cuidados puedan ser apropiados, son factores de tanta importancia que en muchas ocasiones serán el guía que nos trace el camino a seguir con los mismos; aquellos que puedan rodearse de toda clase de cuidados, que estén al lado de médicos expertos y habituados a todas las maniobras del aparato urinario, podrán sin género ninguno de duda, aplazar su intervención hasta un estado avanzado de la enfermedad;

por el contrario, los de clase humilde obligados a ganar su diario sustento, expuestos a los rigores atmosféricos que tanta influencia ejercen en los fenómenos congestivos y alejados de los grandes núcleos de población, o faltos de medios para hacerse llegar los cuidados, no deberán aplazar ni un momento la intervención una vez que la sonda constituye una necesidad.

Lo que acabamos de decir en las indicaciones de la prostatectomía, es aplicable solamente a la operación en frío, pero existen casos en que el proceder es urgente: una retención aguda que no se puede vencer por cateterismo aun después de punciones vesicales repetidas, una hemorragia abundante no remediable por los medios terapéuticos habituales o un retencionista incompleto distendido en el que el cateterismo pudiera ser dañoso, y en estos casos si el enfermo está en un estado de resistencia insuficiente, que es lo más frecuente, la operación en dos tiempos es la más indicada.

Los cálculos vesicales pueden coincidir, y de hecho así sucede en muchos enfermos, con la hipertrofia prostática; la conducta a seguir es bien clara y definida: es el comienzo el prostatismo y la calculosis secundaria ¿la prostatectomía se impone, claro es que precedida de la extracción de los cálculos; por el contrario, se trata de un calculoso en el que se descubren por la exploración manual signos de hipertrofia prostática moderada y sin que la retención se haya establecido?, entonces la abstención es preferible en lo que se relaciona a la extirpación del adenoma, siempre que no existan esas circunstancias individuales y de medio que enumerábamos anteriormente como factor de indicación.

Quedan por último, una serie de prostáticos en los que la prostatectomía debe aconsejarse, más bien indicar su conveniencia, bien porque no experimenten o no hayan sufrido trastornos suficientemente acentuados, o también por no

encontrarse en condiciones de soportar la intervención aun después de los tratamientos preparatorios oportunos; para los primeros queda la terapéutica general de higiene ya señalada; para los segundos toda esa serie de medios paliativos y que aunque no les concediéramos demasiado valor cuando reseñábamos y exponíamos sus indicaciones relativas, encuentran su ocasión apropiada en estos enfermos.

Por otra parte existe cierto número de enfermos, desgraciadamente aun numerosos, que beneficiándose grandemente de la operación y estando en condiciones de soportarla, no quieren resolverse a su curación aceptando aquélla; afortunadamente esta última categoría de enfermos disminuye de día en día; la prostatectomía va haciendo camino y siendo aceptada con más facilidad por los pacientes, y yo desde este sitio me permito rogar a cuantos me escuchan o me lean, que sean consejeros en este sentido sobre cuantos enfermos en este estado reclamen sus servicios.

HE TERMINADO.

BIBLIOGRAFÍA

Albarrán.—«La castration et l'angioneurectomie du cordon dans l'hypertrophie de la prostate». Assoc. franc. d'urologie, 2^e session 1897, p. 101.

Albarrán.—«Article Hypertrophie de la prostate». Traité Le Dentu-Delbet, t. IX, Paris, 1900.

Albarrán.—«Article Pyelonéphrites». Traité Le Dentu-Delbet, t. VIII, Paris, 1900.

Albarrán.—«Prostatectomie périnéale dans l'hypertrophie de la prostate». Bulletin de la Soc. de chir., 1901, pág. 972.

Albarrán.—«La prostatectomie périnéale dans l'hypertrophie de la prostate». Assoc. franc. d'urologie, V^e session, 1901, p. 334.

Albarrán.—«Cure radicale de l'hypertrophie de la prostate. Indications de la prostatectomie». Presse médicale, mai, 1902, p. 495.

Albarrán.—Prostatectomie périnéale dans l'hypertrophie de la prostate». A soc. franc. d'urologie, VI^e session, 1902, p. 334.

Albarrán.—«Prostatectomie périnéale, resultats éloignés». Assoc. franc. d'urologie, VII^e session, 1903, p. 458.

Albarrán.—«De la prostatectomie périnéale». Assoc. franc. d'urologie, VIII^e session, 1904, p. 564.

Albarrán.—«Indications de la prostatectomie». Assoc. franc. d'urologie, IX^e session, 1905, p. 346.

Albarrán.—«Traitement de l'hypertrophie de la prostate». 1^{er} Congrès de la Soc. intern. de chir., Bruxelles, 1905, in Ann. des org. génito urin, 1905, p. 1570.

Albarrán.—«Prostatectomies». Médecine opératoire des voies urinaires, Masson. Paris 1909.

Albarrán et Halle.—«Hypertrophie et néoplasies épithéliales de la prostate». Ann. des org. gén-urin., 1900, p. 113.

Albarrán et Motz.—«Opérations expérimentales pratiquées sur l'appareil génital pour amener l'atrophie de la prostate». Assoc. franc. d'urologie, II^e session, 1897, p. 95.

Albarrán et Motz.—Étude expérimentale et clinique sur le traitement de l'hypertrophie de la prostate par les opérations pratiquées sur le testicule et ses annexes. Ann. des mal. des org. gén-urin., 1898.

Albarrán et Motz.—«Contribution á l'étude de l'anatomie macroscopique de la prostata hypertrophiée». Ann. des mal. des org. gén-urin., 1902, p. 769.

Albarrán et Nogués.—«Rétentione d'urine sans obstacle mécanique». Rapport au 1^{er} Congrès de l'assoc. intern. d'urologie. Paris, 1908.

Alexander.—«The radical traitement of prostatic enlargement». Med. Record, New-York, 12 déc. 1896, vol. II, p. 84.

Alexander.—Journ. of cutan. and gén-urin. dist., 1898, p. 397.

Amussat.—«Leçons sur les rétentions d'urine et les maladies de la prostate». Paris, 1832.

Amussat.—«Sur le spasme de l'urètre et les obstacles véritables qu'on peut recontrer en introduisant des instruments dans ce canal». Mémoire présenté à l'Institut. Paris, 1899.

André.—«De la prostatectomie secondaire à la cystostomie». Ann. des mal. des org. gén-urin., 1905, p. 1909.

André.—«Des prétendues récidives après la prostatectomie pour hypertrophie de la prostate». Ann. des mal. des org. gén-urin., 1906, p. 980.

André.—«Résultats éloignés des prostatectomies». XX^e Congrès. franc. d'Urol. Paris, 1920, p. 163.

André et Grandineau.—«Résultats éloignés des prostatectomies». Revue médicale de l'Est, 15 janvier 1921, p. 45.

Baillie.—«Traité d'anatomie pathologique du corps humain». Traduction Ferral. Paris, 1903, p. 321.

Bazy.—«De l'opothérapie thyroïdienne et prostatique de l'hypertrophie de la prostate». Presse médicale, 1896, p. 105.

Bazy.—«Traitement des prostatiques par la sonde à demeure avec déambulation». Académie de médecine, juin 1897,

Bazy.—«Hématuries d'origine prostatique». Presse médicale, 11 sept. 1897, p. 149.

Bazy.—«Prostate de 70 gr. enlevée par la voie transvésicale». Bulletin de la Soc. de chir., 19 juillet 1905.

Bazy.—«Sur la prostatectomie transvésicale». Bull. de la Soc. de chir., 31 oct. 1906, 6 février 1907.

Bazy.—«Action trophique ou désinfectante de la prostatectomie». Acad. de Méd., 25 juin 1914.

Bazy, Escat et Chailoux.—«La castration dans l'hypertrophie de la prostate». Archives des sciences médicales, sept. 1896, nov. 1896, janvier 1897.

Belfield.—New-York Med. Record, aout 1886.

Belfield.—«Operations of the enlarged prostate with tabulated summary of cases». Americ. journ. of méd. sciences, nov 1890.

Billroth.—«Teilweise Exstirpation des mittleren Lappens der Prostata durch den hohen Blasenschlitt». Prot. d. Gesellsch. d. Aerzte in Wien, 1885, 20 février, 119.

Blum.—«Récidive après prostatectomie». The Urologic. and Cutaneous. Review, vol. XXIV, mai 1920, p. 247.

Bottini.—«La galvanocaustica nella pratica chirurgica». Milano, 1876.

Bottini.—«Radikale Behandlung der auf Hypertrophie der prostata beruhenden Ischurie». Arch. f. klin. Chir., 1877, Band 21, p. 1.



Bottini.—«Permanente Ischurie wegen Prostata hypertrophie; thermogalvanische Operation». Heilung. Centralb. f. Chir., 1885, núm. 28.

Bottini.—«Traitement d'ischurie par hypertrophie de la prostate». Ann. des mal. des. org. gén-urin., 1887, p. 747.

Bottini.—«La dieresi termogalvanica nella cura radicale della iscuria di ipertrofia prostatica». Clinica chirurg., 1896, núm. 7.

Bottini.—«Die galvanokaustische Behandlung der Prostatahypertrophie». Centralbl. f. d. Krank. d. Harn. u. sexual organe, 1898, p. 113.

Brodie.—«Lectures on the urinary organs». 4^o édition, p. 163.

Bron.—«Traitement chirurgical des prostatiques». Lyon médical, 1894.

Brongersma.—«Résultats éloignés de la prostatectomie». 2.^o Congrès de l'Association internationale d'urologie, Londres 1911, p. 479.

Brongersma.—«Sur la prostatectomie». Association française d'urologie, 1907, p. 378.

Brongersma.—«Résultats éloignés des différentes méthodes d'opérations pratiquées contre l'hypertrophie de la prostate». (Discusión), 1920, p. 166.

Bryant.—«Case of prostatic tumor removed in the operation of lithotomy followed by recovery». Transact path. soc. London, 1877-1878, XXIX, p. 164.

Burckhardt-Socin.—«Die Verletzungen und Krankheiten der Prostata». Deutsche Chirurgie, Lief 53 Stuttgart, 1902.

Carlier.—«Des opérations qui se pratiquent sur le testicule et ses annexes contre l'hypertrophie de la prostate». Rapport. Association française d'urologie, 11^e session, 1897.

Carlier.—«La prostatectomie en deux temps chez les infectés». Association française d'urologie, 1907, XI^e session, p. 390.

Carlier.—«A propos de la prostatectomie transvesicale». Annales des maladies de organes génito-urinaires, 1908, t. II, p. 1396.

Casper.—«Experimentelle Untersuchungen über die Prostata mit Rücksicht auf die modernen Behandlungsmethoden der Prostatahypertrophie». Monatsbericht f. d. Krankh. d. Harn. und Sexualorgane, 1897, t. II, p. 278.

Cathelin.—«Prostatectomie totale par voie périnéo-sus-pubienne». Association française d'urologie, Paris, 1905.

Cathelin.—«Mensuration intra-vesical de la prostate». Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1908, t. I, p. 197.

Chevassu.—«Le dosage de l'urée sanguine et la constante urémique chez les urinaires chirurgicaux». Presse médicale, juin 1912, p. 513.

Chevassu.—«L'origine anatomique de l'hypertrophie de la prostate». Bulletin de la société anatomique, nov. 1911, p. 637.

Chopart.—«Traité des maladies des voies urinaires». Paris, 1791, t. II, p. 277.

Ciechanowski.—«Quelques aperçus sur le prostatisme au point de vue anatomopathologique». Annales des maladies des organes génito-urinaires», 1901, p. 513.

Civiale.—«Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires», Paris, 1841.

Cuneo.—«Du siège anatomique de l'hypertrophie dite prostatique». Bulletin de la société de chirurgie, février 1911.

Cuneo.—Id., «in Travaux de chirurgie anatomo-cliniques; voies urinaires». Hermann, Paris 1913; p. 75.

Desnos et E. Minet.—«Traité des maladies des voies urinaires». Paris, 1909.

Desnos.—«Indication de la résection de la prostate chez les prostatiques». Asso. internationale de chirurgie, XI^e Congrès, Paris, 1895.

Desnos.—«Relation entre le volume de l'hypertrophie et la rétention». Association française d'urologie, t. II, Paris, 1897, p. 134.

Desnos.—«Action du radium sur la prostate hypertrophiée». Association française d'urologie, XIII^e session, 1909, p. 646.

Dyettel.—«Prostatectomia lateralis». Wiener klin. Wochenschrift, 1890, num. 18, und 19.

Duval.—«Prostatectomie transvésicale avec suture de la vessie à l'uretre réunion par première intention». Bulletin de la société de chirurgie, 1906, p. 651.

Englisch.—«Ueber die neuen Behandlungsmethoden der Prostatahypertrophie». Contralbl. f. d. Krank. d. Harn. und. Sexualorgane, 1897, Bd. 8, S 259.

Escat.—«Hématuries chez les prostatiques». Th. Paris; 1897.

Escat.—«Indications et valeur thérapeutique des prostatectomies». Association française d'urologie. Paris, 1904, p. 9.

Escat.—«Prostatectomie transvésicale d'urgence. Association; française d'urologie, XII^e session, 1908, p. 433.

Escat.—«Suites éloignées des prostatectomies» XX^e Congrès franc. d'Urol. Paris, 1920, p. 129

Freyer.—Total extirpation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ. Lect re before the medical graduates». London. British medical journal, 20 juillet 1901.

Freyer.—«The radical cure of the enlarged prostate by total prostatectomy. Brit. med. journal, mai, 1904.

Freyer.—«Conférences cliniques sur l'hypertrophie de la prostate». Traduction de Valcourt. Paris, 1908.

Fuller.—«Six successful and successive cases of prostatectomy». Journal of cutaneous and genito-urinary diseases, juin 1895.

Fuller.—«The question of priority in the adoption of the method of total enucleation suprapubically of the hypertrophied prostate». Anal., etc.

Genouville.—«La contractilité du muscle vésical a l'état normal et a l'état pathologique chez l'homme». These de Paris, 1894.

Goldschmidt.—«Etude sur le traitement de l'hypertrophie de la prostate au moye de l'urétroscopie par irrigation». Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1909, p. 820

Gosset et Proust.—«De la prostatectomie perineale». Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1900, p. 35.

Guyon.—«Maladies des voies urinaires». Paris, 1903.

Hallé.—«Th». Paris, 1888.

Hallé et Motz.—«Contribution à l'anatomie pathologique de la vessie». Annales des maladies, etc. 1902, p. 136.

Harrison.—«Lecture on the surgical discords on the genito-urinary organs». London, 4^e édition, 1893.

Peresco.—«Résultats éloignés de la prostatectomie». 2.^o Congrès de l'Association Internationale d'Urologie. Londres, 1911, p. 480.

Israel.—XXXVI Congrès de la Société allemande de Chirurgie. Centralblatt f. Chir., 1907, n.^o 31. Supplément.

Keyes.—«Sur les rétentions vésicales». 1^{er} Congrès de l'Association Internationale d'urologie Paris, 1908.

Launois.—«De l'atrophie de la prostate, de la castration dans l'hypertrophie de la prostate, étude embryologique, tératologique, anatomique, clinique et expérimentale. Annales des maladies, etc ». 1894, p. 721.

Le Fur.—«Des prostatiques chroniques reproduisant le tableau clinique de l'hypertrophie de la prostate. Association française d'urologie», 1903, Paris, 1904.

Le Fur.—«Des prostatiques jeunes». Progrès médical, mai 1904.

Legueu.—«Prostatectomie périnéale». Assoc. français d'urologie. Paris, 1904, p. 530

Legueu.—«Traité chirurgical d'urologie». Paris, 1910.

Legueu.—«Les résultats éloignés de la prostatectomie». XX^e Congrès. Franç. d'urolog., Paris, 1920, p. 137.

Legueu et Gaillardot.—«Toxicité générale des extraits de prostate hypertrophiée» Journal d'Urologie, 1912, t. II, p. 1.

Leroy d'Étiolles.—«Thérapeutique des rétrécissements de l'uretère, des engorgements de la prostate». Paris, 1849.

Loumeau.—«Du défaut de parallélisme entre le volume et les troubles fonctionnels de la prostate». Association française d'urologie, 1910, p. 644.

Loumeau.—«Sur la réapparition de l'hypertrophie prostatique après la prostatectomie». Gaz. hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux, 15 sept. 1912, p. 437.

Luys.—«Le forage de la prostate dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate». Paris chirurgical, janvier 1918.

Macdonald.—«Résultats éloignés de la prostatectomie». 2.^o Congrès de l'Association Internationale d'urologie, Londres, 1911, p. 454.

Mariachess.—«Des contre-indications de la prostatectomie». Congrès des chirurgiens russes, 1910.

Marion.—«Prostatectomie sus-pubienne. Indications techniques et soins postopératoires». Presse médicale, 1909, p. 33.

Marion.—«Leçons de chirurgie urinaire», 1912.

Marion.—«Encyclopédie française d'urologie», Tomo 6.^o, 1923.

Mercier.—«Recherches sur les valvules du col de la vessie. Paris, 1848.

Michón.—V. Guyon.

Motz.—«Contribution á l'étude du prostatisme». Congrès international de 1900.

Motz et Arrese.—«Notes sur la vessie des prostatiques sans prostate». Annales, etc., 1903, p. 1841.

Motz et Perearnau.—«Contribution á l'étude de l'évolution de l'hypertrophie de la prostate» Annales, etc., 1905, p. 521.

Papin et Verliac.—«Études sur les tumeurs uréthro-prostatiques». Archives urologiques de la Clinique de Necker, tomo 2.^o, fas. 4.^o.

Pauchet.—«Chirurgie de la prostate». Paris, Doin, 1909.

Perrier.—«L'éosinophilie permet-elle de disagnostiquer l'hypertrophie prostatique». Journal d'urologie, octobre 1915.



CONTESTACIÓN

POR EL ACADÉMICO DE NÚMERO

DR. DON PEDRO ZULOAGA MAÑUECO

EXCMO. SEÑOR:

SEÑORES ACADÉMICOS:

Hace treinta y dos años que los entonces alumnos internos de esta Facultad de Medicina, al asistir a las oposiciones que se verificaban para cubrir las plazas vacantes en nuestro Cuerpo, fijamos nuestra atención en los ejercicios que efectuaba un opositor tan joven y pequeño que parecía un niño, pero tan reflexivo y talentado que parecía un hombre muy maduro. Aquellas oposiciones nos dieron como compañero a Rodrigo E. Cebrián, acreditado ya en nuestra Escuela como una gran esperanza para la Medicina Castellana y desde entonces seguimos paso a paso los éxitos y conquistas del que desde entonces fué nuestro entrañable amigo. Bachiller a los catorce años; Licenciado en Medicina a los veintiuno; y Doctor a los veintidós, obtuvo los tres premios extraordinarios por oposición en dichos tres grados, así como también el premio extraordinario «Zorrilla» en el segundo curso de la carrera. Y después de desempeñar el cargo de alumno interno por oposición desde el año 1897 al 1901 en que terminó su carrera, y una vez en posesión del título de Doctor, consiguió, mediante nueva oposición, ir pensionado a París el año 1904, asistiendo asiduamente entre otras clínicas a la del Profesor Albarrán, a quien yo mismo oí decir que Cebrián había sido uno de sus mejores y predilectos discípulos.

Al regresar del extranjero obtuvo primero interinamente y al mes siguiente en propiedad la plaza de auxiliar numerario de nuestra Facultad de Medicina, cuyo cargo desempeñó sin interrupción durante diez y nueve años, hasta que sus múltiples ocupaciones y numerosa clientela, que en absoluto le ocupaban todas las horas del día, le obligaron a pedir la

excedencia en el año de 1924. Porque Cebrián tiene la característica de no aceptar más cargos que aquellos que tiene la seguridad de poder desempeñar a conciencia: nada vanidoso huye de nombramientos honoríficos y de puestos en los que no pueda laborar: trabajador impenitente, es tanta la tarea que ha echado sobre sus hombros que apenas dispuso de tiempo para el descanso durante más de veinticinco años. Y por eso dejó la auxiliaría de la Facultad de Medicina; y por ello su notable labor como publicista en *La Clínica Castellana* (de cuya Revista fué uno de los fundadores) no es todo lo abundante que hubiéramos deseado; y por ello tardó tanto tiempo en presentar el notabilísimo discurso que acabáis de escuchar... No tenía tiempo: su numerosísima clientela y consulta, su intensísima actuación en el Sanatorio del Carmen, del que es fundador y propietario, las muchas horas que a diario y durante tantos años viene dedicando al estudio, absorbieron todos los instantes de una vida de trabajo intensivo.

Su talento y las simpatías que siempre tuvo entre los compañeros, le llevaron de alumno a la Presidencia del Ateneo de Alumnos Internos y a la Dirección del *Boletín* del mismo, y ya médico a la mayor consideración, respeto y cariño de todos sus compañeros, pudiendo decirse de él, lo que en un acto análogo al de hoy decía el Doctor de la Fuente Arrimadas de nuestro malogrado don Luis Moreno: «que había llegado a ser el médico de los médicos».

Caballero de la Orden Civil de Alfonso XII desde 1904, fué laureado con la Cruz del Mérito Militar con distintivo blanco en 1921, por los beneficiosos y benéficos servicios médicos prestados a los huérfanos del Arma de Caballería, que Cebrián nunca regateó su ciencia y sus desvelos a los necesitados y desvalidos.

Hubo un momento en su vida que le caracteriza: hace pocos años el concepto general que de su talento y virtudes

cívicas tenía Valladolid, hizo que se le llevase a nuestro Municipio y que se tratase de nombrarle Alcalde de esta Ciudad en cuyo puesto tanto bien hubiese hecho en beneficio de nuestro pueblo: pero Cebrián supo desdeñar los honores que le brindaban y renunció esos cargos convencido de que el médico tiene en la medicina cargo apropiado para hacer el bien a sus semejantes, y que no hay nada más sublime que dedicar toda una vida a defender la de sus convecinos. Médico sólo: médico siempre: médico y nada más que médico: la ciencia y el bien en íntimo maridaje.

Así llega Cebrián a nuestra Corporación: no es de los que al entrar en ella puede esperar de su cualidad de Académico un ascenso en su carrera, sino de los que habiendo precisamente alcanzado la máxima autoridad científica vienen a robustecer con sus enseñanzas y su práctica y su criterio médico los prestigios de nuestra Corporación. Sea él bien venido y celebremos nosotros tal adquisición.

Por entenderlo así la Academia, llamó a su seno al Doctor Cebrián hace ya quince años: en abril de 1914. ¿Por qué hasta hoy no vino el Doctor Cebrián? En primer lugar, ya os lo acaba de decir él mismo: «no fué desvío o indiferencia por estos Centros culturales; fué el temor de no encontrarse merecedor de nuestra distinción, no solicitada». Modestia incomprensible en hombre de tanto valer. Pero una vez vencido este temor y presentado el brillantísimo discurso que acabáis de escuchar, ¿por qué no se le abrieron inmediatamente las puertas de esta Academia?

Contrito he de confesar mi culpa, ya que yo sólo fuí la causa de este retraso. Vosotros me confiásteis el honroso encargo de contestar en vuestro nombre al Doctor Cebrián; vosotros me estimulásteis una y otra vez a cumplir mi cometido; y yo dejé pasar meses y aun años sin cumplirle. ¿Por qué?



No fué, yo os lo aseguro, indisciplina; que bien sabéis cuán solícito fuí siempre a vuestro mandato. No fué ni mucho menos, interés por retrasar este momento: todos vosotros sabéis la fraternal amistad que me une al recipiendario: os consta que fuí yo el que os invité a sentarle entre nosotros y que siempre creí que el Doctor Cebrián debía estar aquí hace mucho tiempo... Fué, y perdonadme la franqueza, mi deseo de que nuestra Corporación buscando nuevos horizontes y caminando por otros derroteros tratase de volver a ser lo que debiera, y hasta que he visto que, por fortuna, hemos comenzado a marchar, no me he apresurado a traer al Doctor Cebrián, que hombre todo voluntad y energía no hubiera podido vivir en una atmósfera de indiferencia y quietismo.

Hace aún pocos días, en la inauguración del curso académico actual, nuestro Secretario Perpetuo, Doctor Bobo-Díez, nos decía: «Esperamos confiados que en el curso que hoy inauguramos serán varios los señores Académicos electos que harán su ingreso en nuestra Corporación y este esfuerzo intelectual, unido al sano deseo de los Académicos que hoy la integran, constituirá un nutrido núcleo que dará frutos positivos en bien de la ciencia que representan». Estas frases de estímulo y aliento fueron para mí poderoso acicate; no podía yo continuar siendo la causa de la falta de colaboración del Doctor Cebrián y me dispuse a cumplir el cometido que me confiásteis hace tiempo.

No era, sin embargo, fácil empresa para mí. El cariño y admiración que siempre sentí por el recipiendario hicieron que aceptase la honrosa comisión de contestar su discurso de ingreso. Apadrinar a Cebrián en este acto era para mí un gran honor; representar a la Academia en estos momentos era honrosísima distinción; pero contestar al discurso que acaba de leer el recipiendario era empresa superior a mis

fuerzas, y siempre temí que esta Corporación no estuviera dignamente representada en estos instantes.

Cualquiera de vosotros, insignes representantes de la Medicina Castellana, podía con más elementos que yo comentar alguno de los asuntos que tan brillantemente desarrolla el Doctor Cebrián en su notable disertación sobre el tema: «Estudio de las fundamentales indicaciones en el prostatismo»; trabajo que, como él mismo dice es «algo de su vida profesional, realidades vivientes, facetas patológicas arrancadas del cotidiano batallar con los enfermos, rico venero e inagotable fuente de enseñanzas y deducciones».

Yo en mi ya larga práctica profesional, dedicado en absoluto a Obstetricia y Ginecología, no podía ni de lejos tropezar con prostatismos y de ahí que *las realidades vivientes y las facetas patológicas* que yo he podido arrancar de mi batallar con las enfermas, no me capacitaron para contestar a un notable trabajo sobre prostatismo.

No obstante, la naturaleza de las modificaciones de textura y estructura de la próstata que dan lugar a lo que durante muchos años se conoció con el nombre de hipertrofia de la próstata y su relativo parecido con los miomas y fibromas, me hicieron pensar en que acaso la terapéutica física que se viene empleando en Ginecología como tratamiento de los fibromas uterinos podría serlo de algunos casos de prostatismo, sobre todo en aquellos en que el pronóstico de la prostatectomía es más sombrío por la edad, mal estado general o enfermedades del aparato cardiovascular, renal o respiratorio.

Ajeno por completo en mi práctica médica al tratamiento de enfermos prostáticos, traté de inquirir en libros y revistas los intentos realizados por diversos autores especializados en la materia y orientado por mi distinguido amigo el Doctor Adolfo Pardo, ilustre radiólogo de nuestra Facultad de Medicina, aprendí que en la práctica los tratamientos físicos no

constituyan desgraciadamente un tratamiento eficaz del prostatismo, fuera de los casos inoperables, a no ser muy al comienzo de la enfermedad.

Ni el masaje, ni la diatermia, ni la diatermocoagulación, ni el horadamiento de la próstata preconizado por Luys, dieron resultado apetecible.

Sin embargo, como la radioterapia ha sido preconizada por muchos autores, váis a permitirme que me detenga unos instantes en reseñar algo de lo hecho en este sentido.

El tratamiento por los rayos X, o sea la Rontgenterapia, está exenta de peligro para el enfermo, razón por la cual en estos últimos años, principalmente en América, ha sido empleada como el tratamiento de la H. P. incipiente.

Este tratamiento fué empleado por primera vez por Heber Robarts, de Lima (Ohio) en 1901; casi al mismo tiempo que Gautier de París hacía también aplicaciones de rayos X sobre la próstata hipertrofiada. Más tarde en 1905, son muchos los radiólogos que fijan su atención en este tratamiento. Francisco Hwllians, en los Estados Unidos; Carabelli y Lurachi, en Italia; Moskowicz, en Austria y Fleig y Tansard, en Francia.

En 1913 Haret presentó una interesante memoria al Congreso de Medicina de Londres, indicando las ventajas que tenían las aplicaciones por vía perineal. En 1917 Hirscher publicó una interesante estadística en la que hacía notar que los enfermos tratados por rayos X experimentaban una disminución en la frecuencia de la micción nocturna y diurna, con una disminución considerable del volumen del tumor y de los síntomas dolorosos del mismo.

En 1919, Navarro Cánovas en España publicó un artículo sobre la Rontgenterapia de la H. P.; en este mismo año también, los doctores J. y S. Ratera hacían las aplicaciones empleando cuatro puertas de entrada; al mismo tiempo

también en Francia, Albert Weil irradiaba la próstata por vía transabdominal y por vía perineal.

En 1920, Harot indicaba las ventajas del tratamiento por vía perineal.

En este mismo año, Oppenheimer presenta una estadística de 54 casos curados por la radioterapia.

En 1921, Fleig publica una estadística de 74 casos, indicando los efectos eficaces de la radioterapia en el adenoma prostático. También Samuel Stern, de Nueva York, publica interesantes artículos sobre este asunto. En 1922, Nogier presentó al Congreso de las Ciencias, de Montpellier, su nuevo método, aconsejando se coloquen los enfermos en la posición de «Le Cheval».

En 1923, también hace interesantes publicaciones Tomson Stewens, en Norte América, y M. Guilbert, en Francia, juntamente con Devois y otros.

En 1924, en España, presentan notabilísima memoria en el Congreso de Sevilla los doctores Sala Pares y Pañella Casas, de Barcelona.

En la sesión del 24 de octubre del 27, de L'Académie des Sciences de Paris, los doctores A. y J. Roche expusieron los buenos resultados obtenidos aplicando la diatermia, por vía hipogástrica, para la destrucción de adenomas prostáticos, previa cistostomía.

El doctor Weijtlandt, en la misma sesión, relató dos casos de adenoma felizmente tratados por electrocoagulación o diatermia.

Fundamentos científicos de rontgenterapia de la hipertrofia de la próstata.

Las radiaciones de Röntgen tiene, entre otras, la propiedad de destruir los tejidos neoformados por un mecanismo que no es del caso; pero que siempre se ajusta a la ley general de la radiosensibilidad de los tejidos, enunciada desde hace largo tiempo por Bergonié y Tribondeau, y que hasta la fecha puede decirse que no ha encontrado objeciones serias.

Esta Ley se formula así: Un tejido es tanto más radi-sensible:

- 1.º Cuanto mayor es su actividad carioquinética;
- 2.º Cuanto su porvenir carioquinético es más largo;
- 3.º Cuanto su morfología y funciones están menos definitivamente constituidas.

Así, por tanto, se explica la acción particularmente activa de los rayos X sobre las neoplasias malignas; malignidad es precisamente sinónima de gran actividad carioquinética y de rápida proliferación.

Estos mismos autores en Francia, Kiemböck en Alemania y Holtzknecht en Austria, han dado una escala de radiosensibilidad tanto para los tejidos normales como patológicos. En en esta escala figuran como más radisensibles los tejidos glandulares. Así se explica el hecho comprobado desde hace algún tiempo, que cuando se irradia un tumor superficial en las proximidades de la boca el enfermo se queja de sequedad cuando ha recibido una pequeña dosis, si por el contrario la cantidad de rayos X administrada es grande, las glándulas salivares son destruidas. Si la irradiación se hace próxima al cuello, en casos de hipertrichosis, se observan fenómenos mixedematosos y de reumatismo distiroideo, que curan con

la opoterapia tiroidea. Estos fenómenos fueron observados por Acchiote, Morin, Kuchardof, Schwarz y otros.

Esta acción paralizante que sobre la secreción tiroidea tienen los rayos X, constituyen la base y el éxito del tratamiento de la enfermedad de Basedow.

Las dosis masivas sobre la glándula mamaria producen la atrofia de los glóbulos. También en las cápsulas suprarrenales, las fuertes irradiaciones producen lesiones, tanto en la substancia medular como cortical, cuyos tejidos degeneran.

Bien conocida es también la acción terapéutica que estos rayos tienen sobre los adenomas, fibromas, fibromiomas y miomas de matriz.

Estos son realmente los puntos que han servido de orientación primero y de base después para instituir la radioterapia en las afecciones de la próstata. Como en el tratamiento de cualquier tumor hemos de tener muy presente dos factores: un factor biológico, la radisensibilidad de la célula neoplásica, y otro factor técnico, la necesidad de que todas las células, sin excepción, reciban la dosis suficiente para destruirlas sin lesionar notablemente las células sanas vecinas.

Teniendo en cuenta el primer factor, o sea el biológico, habremos de tratar la hipertrofia de la próstata en sus comienzos, es decir, cuando tiene consistencia blanda y estructura glandular pura: ADENOMA TÍPICO. Estos casos son los más favorables para obtener una rápida mejoría de los síntomas y la curación en breve plazo.

En los ADENOFIBROMAS también está justificado el empleo de la radioterapia; pero los resultados obtenidos no son tan buenos ni tan rápidos en este segundo período de la enfermedad, si es que así puede llamarse. Depende la dificultad del tratamiento en el mayor o menor predominio del tejido fibroso sobre el glandular.

LOS FIBROMIOMAS y MIOMAS son únicamente del dominio de la cirugía, y el radiólogo no debe perder tiempo empleando este tratamiento, que resulta inútil en las próstatas duras que datan de largo tiempo, debiendo ceder el enfermo al cirujano, cuando no experimente alivio en las primeras sesiones.

De este ligero resumen, se desprende cuán importante es para someter un enfermo al tratamiento radioterápico recurrir a él en los comienzos y hacer un diagnóstico preciso del período de la enfermedad, o mejor de la naturaleza del tumor.

Por lo que al factor técnico se refiere, hemos de decir, que para llegar a conseguir que todas las células reciban la misma dosis sin lesionar las células sanas vecinas, se han empleado varias puertas de entrada:

VIA PERINEAL (Williams, Fleig y Tansard, Haret, Oppenheimer).

VIA RECTAL (Moskowicz, Schlagintwait, Hoenisch).

VIA TRANSABDOMINAL O PUBIANA.

VIA TROCANTEREA.

VIA COXIGEA.

Como puede verse por lo apuntado anteriormente, son varias las técnicas empleadas que dependen en primer término de la opinión de los autores, de la radisensibilidad de los tumores tratados, de la época, etc., y en segundo término, de la cantidad y calidad de rayos empleados.

Actualmente se sabe que con una dosis de 100 a 125 por 100 de la dosis de eritema a lo sumo y hasta 80 por 100 suministrada por diferentes campos, es suficiente para destruir los tejidos neoformados en las hipertrofias prostáticas tratables por los rayos X.

La técnica de Wilms y Posner, inspirada en el tratamiento de los fibromiomas de matriz, que pensaron que irradiando los testículos se llegaría a la curación de los tumores prostá-

ficos por análogo mecanismo al que se opera en los fibromas de matriz cuando los ovarios han recibido la dosis de castración; fué desde el primer momento combatida por Zindel, que demostró teórica y prácticamente la falta total de fundamento científico. Actualmente los testículos son protegidos con plomo o goma plomada durante la irradiación.

También está completamente abandonado el procedimiento utilizado por Moszkowicz, Stegmann, Samuel Stern y otros que dirigían las radiaciones sobre la misma próstata valiéndose de un espéculum o tubo de vidrio plomado que introducían en el recto recubierto con una goma fina para no herirle.

La práctica ha demostrado que la vía perineal es la más indicada para el tratamiento de hipertrofia de la próstata. El enfermo puede colocarse para recibir esta irradiación en las posiciones genupectoral, ginecológica, lateral con las piernas en gatillo de fusil o en la posición de «Le Cheval» valiéndose del artificio que recomienda Th. Nogier.

La posición ginecológica es la más empleada, pero en muchos casos nos vemos obligados para no comprometer la integridad de la piel a recurrir a los campos suprapúbicos, rara vez suelen ser necesarios los coxigeos y menos aun los trocantereos.

En términos generales los autores no son partidarios de las dosis masivas por considerarlas innecesarias, asimismo tampoco son convenientes las pequeñas dosis muy repetidas. Las primeras pueden determinar el Roentgen-Kater y las segundas son ineficaces en la mayoría de los casos. Las dosis medianas con rayos fuertemente filtrados aplicadas cada dieciocho o veinte días son los más recomendables.

Resultados clínicos e indicaciones.

Ateniéndonos a lo que los radiólogos nos dicen, el primer síntoma que cede cronológicamente a las irradiaciones es la polaquiuria. Un enfermo obligado a levantarse cinco o seis veces por la noche para orinar a las tres o cuatro sesiones lo hace la mitad de las veces. Al mismo tiempo la micción es menos imperiosa. También por el día las micciones son menos frecuentes, la orina tarda menos en salir, el chorro es más grueso y adquiere poco a poco la fuerza normal. En este período de comienzo donde no existe aún retención, es decir en enfermos cuya próstata está ligeramente hipertrofiada la radioterapia es el tratamiento de elección.

En un segundo período, donde el examen vesical muestra una cierta cantidad residual, a medida que los signos funcionales que aqueja al enfermo desaparecen, la cantidad de orina residual disminuye igualmente. En los casos en que esta cantidad es pequeña, desaparece totalmente; cuando la cantidad es muy elevada, no es fácil hacerla desaparecer totalmente.

El volumen de la próstata disminuye progresivamente a partir de la quinta o sexta sesión. Esta disminución de volumen es más rápida en las próstatas blandas.

Los resultados obtenidos son durables como lo prueba la observación de algunos enfermos que después de seis u ocho años se mantienen en excelente resultado. Así lo dicen gran número de estadísticas publicadas por diferentes autores.

La radioterapia por tanto debería aplicarse cuando los síntomas funcionales y objetivos son demasiado poco importantes para justificar una intervención quirúrgica. En este momento en que ningún enfermo sería capaz de aceptar una operación, es precisamente cuando la radioterapia es más

eficaz y produce el mayor tanto por ciento de curación. Este tratamiento no suele rechazarle ningún enfermo. Además, es el único recurso que tenemos para tratar todos aquellos enfermos que por sufrir lesiones importantes de riñón, aparato cardio-vascular o respiratorio, etc., no están en condiciones de poder sufrir una operación, dato muy digno de tenerse en cuenta cuando se explora un enfermo de hipertrofia de la próstata.

Este es el estado actual del tratamiento radiológico de los prostáticos. ¿Podrán los medios físicos proporcionarnos éxitos más positivos en estos casos? El tiempo lo dirá. No olvidemos los éxitos cada día mayores que la prostatectomía proporciona y acudamos a ella siempre que podamos; pero sin desconfiar de que los adelantos científicos, cada vez mayores, podrán acaso hacer que la fisioterapia pueda constituir el día de mañana un tratamiento eficaz para esta dolencia.

El Doctor Cebrián, clínico experto y hábil cirujano nos define claramente su opinión en estos asuntos. Yo en estas líneas que leí, no intenté sino hacer resaltar más la brillantez de su discurso, muestra valiosa de la fructífera labor que de él esperamos todos los de esta Casa.

HE TERMINADO.

SL 1177

29941



10000126431



